

Développement des mutuelles de santé en Afrique : une analyse comparative des approches et de leurs impacts

Préparé par

Pascal Ndiaye

Juin 2006

SOMMAIRE

I.	Introduction	4
1.	De la gratuité des soins au partage des coûts	4
2.	La mutualité, une alternative	4
3.	Une diversité dans la typologie.....	5
a.	Approche sociale	5
b.	Approche économique	6
c.	Approche organisationnelle	6
4.	Évolution à plusieurs vitesses et multiforme	7
II.	Quelques caractéristiques des mutuelles.....	9
1.	Organisation et mobilisation des ressources	9
2.	Prestations.....	9
III.	Différentes approches dans la mise en place.....	11
1.	Approche basée sur un projet de recherche	11
a.	Le Projet "PRIMA" en Guinée	11
b.	Le projet de réhabilitation de l'hôpital régional de Diourbel, Sénégal	13
2.	Approche basée sur une initiative communautaire	14
3.	Approche basée sur une seule cible	14
4.	Approche basée sur un projet de coopération	14
5.	Approche basée sur un élargissement des objectifs	16
6.	Approche intégrée d'une dualité assurancielle	17
a.	Les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance (IMF).....	17
b.	Les mutuelles et le micro-crédit.....	18
7.	Approche basée sur la perspective de la mise en réseau	21
a.	Au niveau local, des mutuelles liées par un dénominateur commun	22
b.	Au niveau régional et zonal des coordinations et unions de mutuelles.....	23
c.	Au niveau national, la fédération ou la confédération	25
8.	Autres approches	25
IV.	Déterminants et conditions de développement	26
1.	Liés aux caractéristiques des mutuelles	26
2.	Liés à l'organisation mutualiste	26
3.	Liés à l'environnement et au partenariat.....	27
a.	Réseaux et mise en réseaux	27
b.	Rôle des structures d'appui.....	27
c.	Rôle de l'État.....	28
d.	Les prestataires : contractualisation et qualité des soins	29
e.	Partenariat pour la prise en charge de groupes extrêmement démunis	30
V.	Conclusion : des pistes à explorer pour le renforcement des connaissances	31
1.	Diffuser les expériences prometteuses.....	31
2.	Développer la recherche	32
3.	Gérer les risques majeurs	33
4.	Professionaliser la gestion	33
5.	Améliorer la communication	34
6.	Assurer la viabilité des mutuelles	34
7.	Miser sur les structures nationales d'appui.....	35
8.	Construire des plans stratégiques et passer à l'échelle.....	36

Acronymes

AG	Assemblée générale
AIM	Association internationale de la mutualité
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ANMC	Alliance nationale des mutualités chrétienne
AWARE/RH	Action for west Africa région / reproductive health
BCEAO	Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
BIT	Bureau international du Travail
CA	Conseil d'administration
CIDR	Centre international du développement de la recherche
CMDT	Compagnie malienne de développement textile
CPN	Consultation Prénatale.
CRMST	coordination des mutuelles de santé de la région de Thiès
CS	Centre de santé
DynaM	Dynamic Mutualiste
ECD	Equipe cadre de district
ECR	Equipe cadre de région
FGN	Franc Guinéen
FNMF	Fédération Nationale des Mutualités Françaises
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GRAIM	Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes
GS	Garanties Santé
GTZ	programme de coopération allemande
IEC	Information éducation communication
IPRES	Institution de Prévoyance Retraite au Sénégal
MFP	Mutuelle de la fonction publique
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation
MUCAS	Mutuelle Communautaire d'Aire de Santé
Muriga	mutuelles pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PHRplus	Partnerships for health reform
PMC	Paquet minimum consensuel
PNDS	Plan National de Développement de la Santé
PNMSR	Programme Maternité Sans risque
PPSG	Projet Population Santé Génésique
PRIMA	Projet de Recherche pour le Partage des Risques Maladie
PRISM	Pour le Renforcement des Intervention en Santé de la reproduction et MST/SIDA
PROMUSAF	Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique
PSR	Projet de santé rural
RAMUS	Réseau d'appui aux mutuelles de santé
SA	Structures d'appui
SAILD	Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement
SSP	Soins de santé primaires
STEP	Stratégies et techniques de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africain
UMSGF	Union des Mutuelles Santé de Guinée Forestière
UnEM	Unités d'Enregistrement et de Mobilisation
UNICEF	Agence des Nations Unies pour l'Enfance
UNMS	Union nationale des mutualités socialistes
UTM	Union Technique de la Mutualité Malienne
WSM	Solidarité Mondiale

I. Introduction

1. *De la gratuité des soins au partage des coûts*

L'accès aux soins de santé pour les populations africaines s'est fait en plusieurs phases : une phase de gratuité, une phase de partage des coûts.

La gratuité des soins s'est appliquée au lendemain des indépendances. C'était la période de la « santé pour tous » où l'État prenait en charge l'entièreté des prestations. L'objectif était de lutter contre les grandes endémies. La viabilité des structures de santé n'était pas la priorité et le système était assez dirigiste et les actions uniquement liées à faire face à la situation épidémiologique (lutte anti-vectorielle, malnutrition, vaccination, etc.) afin de corriger la tendance à la baisse de l'espérance de vie liée à ces fléaux.

Vers la fin des années 70, les limites de cette stratégie sont atteintes. Les États, de plus en plus placés face à leur rôle de gestion (révision des modalités de l'aide au développement) se rendent compte que la viabilité à long terme de ce système n'est pas évidente. Le fonctionnement des structures sanitaires était bas, l'accessibilité difficile. En 1978, la Conférence d'Alma Ata devait permettre de corriger les dysfonctionnements en se basant sur les soins de santé primaires. Mais la dimension économique liée au fonctionnement des structures sanitaires n'était toujours pas résolue et les fonds publics ne pouvaient entièrement y faire face. Certains pays avaient mis en place des systèmes permettant aux fonctionnaires d'avoir accès aux soins, mais une frange importante de la population est laissée en rade.

C'est dans ce contexte que la notion du « partage des coûts » entre le financement public et les usagers fait son apparition avec comme objectif d'alléger la contrainte financière de l'État et augmenter la participation sociale dans l'effort de santé de la part des usagers.

Mais enfin, ce paiement (recouvrement) ou participation (partage) des usagers révèle encore des limites. La part laissée à l'utilisateur est difficilement supportable par la population du fait de la faiblesse de la subvention aux structures sanitaires qui deviennent des entreprises devant fonctionner avec les ressources financières générées par les services. Cette barrière financière des usagers est aussi accentuée par la dégradation des conditions climatiques qui compromet la production agricole, principal revenu des populations rurales dominantes.

Livrées à elles-mêmes, aussi pour d'autres problèmes sociaux tels l'éducation, les populations développent des stratégies de protection en renforçant la solidarité traditionnelle (don, prêt, etc.) en mettant en place des initiatives privées et/ou personnelles (exode, expatriation, etc.), en mettant en place des dispositifs communautaires (champs, etc.) ou en se prêtant à des pratiques dangereuses pour la sécurité financière des ménages (vente de bien, usure, etc.). L'efficacité de la plupart des stratégies reste aléatoire.

2. *La mutualité, une alternative*

Les mutuelles de santé sont des organisations communautaires mises en place par des groupes sociaux pour répondre à un besoin de prise en charge des maladies. Elles reposent sur les principes de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non-lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. Le but de la mutuelle est de permettre à chacun de ses membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elle veut donc, avant tout, supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès à ces soins.

La mutuelle est fondée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes et les membres des organes de gestion sont élus selon des règles démocratiques. Leurs ressources sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des cotisations des membres.

Plusieurs études ont montré la capacité des mutuelles à contribuer à l'accès à des soins de santé pour les populations à revenus modestes. Cependant, ces dernières, du fait des difficultés liées à leurs conditions d'existence, ne mettent pas la santé au cœur de leurs priorités en matière de dépense. Du moins, il existe une faible propension à épargner exclusivement pour la prise en charge de la maladie lorsque cette dernière surviendrait. Or, la mutualité, du fait qu'elle offre un espace de mise en commun des ressources dans un souci de prévoyance, contribue à éviter les dépenses exceptionnelles lorsque survient la maladie.

Les mutuelles de santé constituent donc une alternative intéressante pour surmonter les barrières d'accès aux soins de santé. C'est une forme d'organisation relativement nouvelle dans sa configuration actuelle et elle vient à complément à la solidarité traditionnelle africaine. Cette dernière est reconnue mais n'est pas organisée et la mutualité constitue un moyen pour organiser cette solidarité dans un souci de prévoyance dans le domaine de la santé. Plusieurs études avaient démontré le potentiel des mutuelles à se développer et aujourd'hui, elles ont confirmé leur utilité en Afrique de l'Ouest et du Centre¹.

3. *Une diversité dans la typologie*

Les principales caractéristiques décrites ci-dessus et sur lesquelles il y a un consensus des acteurs guident le montage et le fonctionnement des mutuelles et ces dernières évoluent en respectant ces principes fondamentaux. Aujourd'hui, les observateurs de la mutualité reconnaissent d'autres formes d'évolution du mouvement et la diversité des initiatives complique leur classification. Ainsi, ils utilisent plusieurs critères pour identifier ces autres formes et dans la littérature, on trouve plusieurs approches dont on peut classer les plus courantes selon trois logiques : sociale, économique et organisationnelle.

a. Approche sociale

La logique sociale s'intéresse davantage aux caractéristiques qui définissent et distinguent les membres et les secteurs dans lesquels ils évoluent (formel/informel), la forme d'adhésion (volontaire ou obligatoire) ou le public cible et la couverture territoriale, etc. Cette approche s'intéresse aussi au mouvement social qui prend l'initiative de mettre en place la mutuelle (communauté, syndicats, coopératives, mouvements de femmes, associations de crédit, religion, etc.).

Une autre catégorisation plus simpliste distingue les **mutuelles au premier franc** des **mutuelles complémentaires**. Dans le premier cas les prestations sont exclusivement supportées par les cotisations des membres et ceux-ci ne disposent que de cette assurance maladie. On trouve dans cette catégorie celles qui sont mises en place par des personnes habitant dans une même localité et celles qui évoluent dans le secteur professionnel et concernent les travailleurs d'une même corporation du secteur formel ou du secteur informel. Les mutuelles complémentaires sont soit créées par des salariés agent du secteur public ou privé, soit par des corporations qui disposent déjà d'une assurance maladie et placent la mutualité pour la prise en charge des pathologies exclues du système formel ou de la partie

¹ Contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé. Chris Atim

(co-paiement) qui devait revenir à l'assuré. Généralement ces mutuelles sont de dimension plus grande.

L'approche sociale permet une meilleure comparaison des caractéristiques.

b. Approche économique

Le terme micro-assurance santé qui a fait son apparition en 1999 et diffusé en 2000 semble mettre la priorité sur la dimension et l'objectif assurantiel ou économique de l'organisation. Cette approche a été considérée comme réductrice parce qu'elle qualifie l'organisation de micro, peut-être par sa taille, le montant de ressources mobilisables, la dimension des risques couverts (distinction entre mutuelles à « petits risques » et celles à « gros risques »), et l'implication des bénéficiaires dans la gestion. Cependant, en terme de communication, cette catégorisation peut constituer un blocage pour attirer de nouveaux membres qui ne se retrouvent pas dans cette catégorie « micro ». De même, **l'introduction du terme « assurance santé » présume que l'organisation n'a que cet objectif alors que plusieurs études ont démontré le rôle que les mutuelles jouent dans l'organisation communautaire et sociale.** Par contre, le terme « mutuelle » appelle à une notion beaucoup plus élargie et solidaire (et donc plus acceptable pour la sensibilité africaine).

Cette approche est enfin considérée comme jetant la confusion dans la typologie, du fait que les critères d'identification des micro assurance santé et leurs caractéristiques sont similaires à ceux repris par la définition des mutuelles de santé.

Dans l'approche économique on peut considérer la question de l'articulation ou partenariat des mutuelles de santé avec d'autres organismes tels que les institutions de micro-finance (IMF) et le micro-crédit. Dans ce cas, l'objectif est d'améliorer de manière globale la situation économique et sanitaire du bénéficiaire, en considérant qu'une mauvaise santé compromet le remboursement des prêts accordés par l'IMF et que la faible capacité contributive des ménages peut être amélioré par la présence d'un autre produit financier. Ces deux motivations constituent la base du partenariat entre la mutualité et le micro-finance/crédit.

c. Approche organisationnelle

Elle s'appuie sur les déterminants techniques et organisationnels. Ce sont surtout les conditions de gestion du système qui guident cette approche, notamment en relation avec le prestataire de soins. Soit le système est géré directement par le prestataire de soins, soit ce sont les membres qui gèrent mais le prestataire constitue un élément important du dispositif de gestion, ou enfin c'est une agence tierce qui assure la gestion (comme un assureur privé ou une autre mutuelle d'une dimension plus importante). Cette approche place le système en terme d'appartenance ou du degré d'implication des deux parties (offre et demande). Il peut mettre aussi en avant l'initiateur, surtout dans le cas des entreprises où l'employeur peut aller jusqu'à faciliter l'organisation de l'offre de soins.

En plus du risque maladie, certaines mutuelles couvrent ou tentent de couvrir d'autres risques sociaux. Ces initiatives se muent en systèmes complexes et il n'est pas évident qu'elles en maîtrisent tous les contours. Cependant il serait intéressant de voir dans quelle mesure, si les paramètres sont bien définis et maîtrisés, elles peuvent étendre la protection sociale à d'autres risques que la santé. Quelle que soit la typologie adoptée, on remarque une diversité dans la forme. C'est pour cette raison que la *Concertation entre les acteurs du*

développement des mutuelles de santé en Afrique (la Concertation)² a placé la dernière édition de son inventaire dans la perspective de répertorier les autres formes d'assurance maladie³. Une vue d'ensemble permet d'apprécier leur diversité.

4. Évolution à plusieurs vitesses et multiforme

En 2003, la *Concertation* a réalisé un inventaire qui confirme le développement des mutuelles de santé dans 11 pays et montré que plusieurs autres formes d'assurance maladie à base communautaire existent à côté des mutuelles. Ainsi, l'inventaire a regroupé toutes ces formes sous le terme générique « systèmes d'assurance maladie ». Malgré cette diversité, les mutuelles de santé restent la forme la plus développée (9 organismes sur 10 se considèrent comme telles).

Le développement des mutuelles a été suivi depuis 1997. Le tableau 1 donne l'évolution depuis le premier inventaire de 1997 et le tableau 2 donne une vue d'ensemble des mutuelles de santé recensées, selon le degré de fonctionnalité. On y remarque le dynamisme de certains pays et ceux qui ont un développement plus lent.

Tableau 1. Situation globale des mutuelles fonctionnelles

	1997	2000	2003
Bénin	11	23	43
Burkina Faso	6	26	36
Cameroun	18	20	22
côte d'ivoire		29	36
Guinée	6	27	55
Mali	7	22	56
Mauritanie			3
Niger	6	12	12
Sénégal	19	29	87
Tchad	3	4	7
Togo	0 + 8 projets	7	9
TOTAL	76	199	366

Tableau 2. Situation globale (2003)

	fonctionnelles	gestation	projets	en difficulté	Total
Bénin	43	8	5		56
Burkina Faso	36	34	17	4	91
Cameroun	22	6	9	2	39
côte d'ivoire	36	1		3	40
Guinée	55	36	10	10	111

² La Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est un réseau transversal de partage d'informations et expériences. Ses activités touchent onze pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre : Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Bénin, Mauritanie, Cameroun, Guinée, Tchad et Togo. L'organisation de la Concertation est basée sur le partenariat entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique. Les activités sont appuyées techniquement et financièrement par le Programme STEP du BIT, Solidarité Mondiale (WSM), Alliance nationale des mutualités chrétienne (ANMC), Union nationale des mutualités socialistes (UNMS) – ces trois programmes sont de nationalité belge – Partnerships for health reform (PHRplus) et AWARE/RH – programmes de l'USAID, GTZ – programme de coopération allemande –, le Réseau d'appui aux mutuelles de santé (RAMUS), MGEN, MFP – de France et l'Association internationale de la mutualité (AIM).

³ Pour plus d'informations sur les travaux de la Concertation, visiter le site www.concertation.org. Le dernier inventaire est publié sous le titre « Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : travaux de recherche dans 11 pays ». *La Concertation*, 2004

Mali	56	16	3	4	79
Mauritanie	3		4		7
Niger	12	3	2	1	18
Sénégal	87	36	17	9	149
Tchad	7				7
Togo	9	2	14		25
TOTAL	366	142	78	33	622

Le développement des mutuelles dans un pays est en fait assez lié à l'histoire de ce dernier. Dans le présent article, nous mettrons l'accent sur le Sénégal, le Mali et la Guinée, du fait que ces trois pays présentent des histoires assez différentes qui ont influencées la mutualité et lui confèrent une certaine spécificité. Globalement, on remarque quatre phases distinctes dans le développement des mutuelles de santé en Afrique :

Un démarrage timide avant 1997. Au Sénégal où on remarque une certaine avance sur les autres pays, le mouvement a une histoire plus « ancienne ». Les mutuelles s'y sont développées autour de l'Hôpital Saint Jean de Dieu, un hôpital confessionnel construit au démarrage dans un objectif caritatif. En remarquant que cet objectif est difficile à atteindre sans une subvention conséquente, les promoteurs ont organisé la participation des populations. Le modèle de la mutualisation du risque maladie a pris ses marques avec l'expérience de la mutuelle de Fandène et plusieurs villages environnants s'en sont inspirés.

Un envol entre 1997 et 2000. Ce développement rapide est redevable à une systématisation conceptuelle et technique. Déjà en 1996, l'intérêt à appuyer le mouvement se manifeste. Le premier programme conjoint BIT/ACOPAM – ANMC est mis en place et réalise trois activités majeures qui marquent la première étape d'un processus d'accompagnement du mouvement :

- l'élaboration d'un « Guide à l'usage des administrateurs, promoteurs de mutuelles de santé » pour expliquer les concepts et donner les premières bases d'une démarche scientifique ;
- l'organisation, en 1997, d'un atelier qui a réuni pendant un mois, différents initiateurs de mutuelles et organismes d'appui potentiels pour former les promoteurs à la mise en place et à la gestion des mutuelles et élaborer le premier manuel de formateurs ;
- l'organisation de l'atelier d'Abidjan sur les « Stratégie d'appui aux mutuelles de santé en Afrique ». Cette conférence a été précédée d'études de cas et marqué l'engagement de plusieurs structures à se référer à une plateforme commune pour concrétiser l'appui. La *Concertation* est une réponse à une des recommandations de cette conférence.

En 2000, six pays se détachent du lot (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali et Sénégal). On peut attribuer ce développement à la présence de structures d'appui dans ces pays. L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétienne (ANMC), le programme STEP (Stratégies et techniques de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté) du BIT (qui a pris la relève d'ACOPAM), le Centre international du développement de la recherche (CIDR) et la coopération allemande (GTZ) sont les premiers organismes d'appui internationaux à s'installer dans ces pays. Ils seront par la suite rejoints par d'autres et susciteront la création de structures nationales d'appui créant une sorte de concentration dans ces pays.

Une phase de consolidation entre 2000 et 2003. Cette période a été particulièrement « prospère ». Si on prend globalement les pays, le nombre de mutuelles a été pratiquement

multiplié par 3 depuis 1999. Bien que toutes les éditions de l'inventaire ne soient pas exhaustives, on peut déduire que le boom des mutuelles de santé s'est passé à partir de 2000.

Une phase de construction à partir de 2003. Des innovations importantes sont apportées en terme de maîtrise du processus par l'élaboration d'outils, la recherche et la diffusion des expériences. Les démarches scientifiques sont construites et des cadres nationaux de concertation donnent une opportunité aux acteurs d'un même pays de partager des objectifs et de mener des activités communes, notamment dans l'élaboration de plans stratégiques.

II. Quelques caractéristiques des mutuelles

1. *Organisation et mobilisation des ressources*

Plus de 40% des mutuelles interviennent exclusivement en milieu rural. Ainsi, la majorité de la population cible est constituée de personnes du secteur rural et informel. Pour bénéficier des services de la mutuelle, il faut adhérer, moyennant un montant à verser au moment de l'adhésion. Ce montant va de 1.000 à 2.500 FCFA et plus rarement 5.000 FCFA. Le paiement de l'adhésion donne droit à un carnet de membre recensant toutes les personnes à la charge de l'adhérent. Ce sont les bénéficiaires. Dans la majorité des mutuelles de santé fonctionnelles, l'adhésion est volontaire et peut être individuelle ou familiale.

En Afrique de l'Ouest, environ 95 % des mutuelles fonctionnelles avaient, à leur création, moins de 1.000 adhérents. C'est que les mutuelles évoluent notamment en milieu rural, péri-urbain ou dans les groupes socioprofessionnels à revenus modestes. **La petite taille des mutuelles, notamment celles rurales, peut être de nature à mettre en danger la viabilité à long terme de ces organisations.**

Après l'adhésion, le membre est tenu de verser une cotisation périodique pour lui et toutes les personnes à charge. Dans la plupart des mutuelles, la cotisation ne dépasse pas 300 FCFA par bénéficiaire et par mois, tandis que pour une périodicité annuelle, la cotisation familiale est environ de 6.000 FCFA. Les systèmes de cotisation sont assez disparates. On note que près de 60% des mutuelles pratiquent le forfait, individuel ou familial, du fait qu'elles n'ont pas la connaissance du niveau de ressources des personnes et ne peuvent l'utiliser comme référence pour la détermination d'une cotisation qui soit fonction de ces ressources. La modulation selon les ressources ou la taille de la famille est appliquée dans un peu plus d'un tiers des cas.

Le mode de paiement de la cotisation varie aussi d'une mutuelle à l'autre et les périodicités mensuelles et annuelles (pour les mutuelles ciblant des populations vivant d'une culture de rente) sont les plus fréquentes. Le recouvrement des cotisations se fait presque toujours par paiement direct des adhérents.

2. *Prestations*

Chaque mutuelle définit un paquet de prestations à offrir à ses bénéficiaires. Généralement, les mutuelles offrent un seul paquet de garantie. **Le choix entre plusieurs options est surtout pratiqué au Mali**, dans le cadre des garanties santé. Cette expérience du Mali est assez atypique parce que basée sur une cible salariée. Par contre, les mutuelles rurales encadrées par l'UTM ou par les autres partenaires ne pratiquent pas la multiplicité des garanties. Au Sénégal, c'est notamment la mutuelle des retraités de l'IPRES (Faggu) qui la pratique. La mutuelle « Sant Yalla » qui avait tenté l'aventure n'a jamais pu fixer ses racines

dans la communauté de quartier où elle s'était établie. Le coût des prestations semblait trop élevé.

Généralement, les adhérents n'ont accès qu'aux prestataires avec lesquels la mutuelle a une relation contractuelle. La plupart des mutuelles paient directement au prestataire la part qui revient à l'organisation. C'est le système de tiers-payant, où le bénéficiaire paie directement l'autre partie (environ 30% du coût de la prestation). D'autres mutuelles demandent au patient d'honorer l'entièreté de la facture puis de venir se faire rembourser par la mutuelle.

Cette approche non seulement donne une porte ouverte à la fraude, mais n'est pas bénéfique pour le malade qui peut se trouver dans une situation d'incapacité de faire face à la dépense immédiate. Par contre même dans le système de tiers-payant, on trouve des cas où la mutuelle se porte garante et paie le coût total de la prestation et se fait rembourser par l'assuré le montant que ce dernier devait payer. Cette pratique est généralement très appréciée par les membres et les gérants n'hésitent souvent pas à en user pour donner une véritable impression d'aide aux moments les plus difficiles et assurer ainsi la perception positive du service de l'organisation. Elle maintient aussi l'essence de la mutualité.

Le tableau ci-dessous donne une idée des prestations offertes par les mutuelles. On constate que le médicament générique, les soins de premier niveau, les accouchements simples, les césariennes et la petite hospitalisation, sont présents dans plus de la moitié des mutuelles, ce qui reflète la préférence des populations en rapport aux soins les plus fréquents (y compris ceux liés à la grossesse). Il est certain que les fréquences pour l'accouchement compliqué sont augmentées par les Muriga de Guinée. En fait la majorité des mutuelles prennent uniquement les accouchements simples. **Le niveau de prise en charge le plus bas concerne les soins hospitaliers et spécialisés.** Ceci est certes lié à la taille des mutuelles, le montant des ressources mobilisées, mais aussi à l'accessibilité géographique de ces services.

Tableau 3. Classement des prestations selon leur fréquence dans les garanties des mutuelles fonctionnelles

Prestation	Nombre de mutuelles	Pourcentage
Médicaments génériques	285	77,9%
Accouchement simple de 1 ^{er} niveau	212	57,9%
Césarienne	201	54,9%
Soins ambulatoires de 1 ^{er} niveau	197	53,8%
Petite hospitalisation	185	50,5%
Consultations prénatales de 1 ^{er} niveau	176	48,1%
Accouchement avec complications	166	45,4%
Hospitalisation médicale	162	44,3%
Chirurgie	159	43,4%
Autres consultations préventives	151	41,3%
Soins ambulatoires de 2 ^{ème} niveau	143	39,1%
Transport en ambulance	136	37,2%
Consultations prénatales de 2 ^{ème} niveau	119	32,5%
Echographie	119	32,5%
Spécialités médicamenteuses	111	30,3%
Maladies chroniques 2 ^{ème} niveau	92	25,1%
Gynécologie	85	23,2%
Maladies chroniques 1 ^{er} niveau	82	22,4%
Soins dentaires	76	20,8%
Ophtalmologie	73	19,9%

Autre	71	19,4%
Examens de laboratoire	60	43,7%
Transport avec moyens locaux	57	15,8%
Lunettes	39	10,7%
Prothèse dentaire	38	10,4%
Examens radiologiques	19	5,2%

III. Différentes approches dans la mise en place

1. *Approche basée sur un projet de recherche*

Cette approche a fait l'objet de beaucoup de succès dans les stratégies de développement post-indépendance. Il s'agit de construire un modèle par expérimentation dans un site avant de l'étendre sur une population ou une aire géographique plus importante. Dans le domaine des mutuelles de santé, les approches les plus construites sont menées par la coopération allemande (GTZ) en Guinée avec le projet PRIMA et au Sénégal avec le projet de réhabilitation de l'hôpital régional Heinrich Lübke. Si celui de la Guinée a pu produire des résultats concluants et permettre une extension de l'appui, l'expérience du Sénégal semble avoir eu plus de difficultés dans la mise en œuvre des résultats issus de l'étude de faisabilité.

Le développement des systèmes de santé s'est longtemps focalisé sur l'offre. Les organismes d'appui ont pris conscience que des franges importantes de la population n'avaient pas accès à ces structures qu'ils s'évertuaient à améliorer pour des raisons financières, mais aussi de perception de la qualité. Cette non fréquentation mettrait en danger la pérennité de ces structures sanitaires. L'implication de la demande dans ce processus d'amélioration de l'offre de soins est la principale motivation de l'approche d'implantation de mutuelles de santé avec des projets pilotes autour de formations sanitaires.

a. Le Projet "PRIMA" en Guinée

Le Projet de Recherche pour le Partage des Risques Maladie (PRIMA) a été mis en place en octobre 1996, piloté par une Équipe de coordination de la recherche (ECR) qui travaille principalement avec les équipes de District sanitaire de la zone du Projet de santé rural (PSR). L'encadrement technique et le suivi scientifique sont assurés par l'ONG belge Medicus Mundi Belgium (MMB).

La question centrale de la recherche était de savoir « comment dans le contexte de la zone du PSR, procéder pour étendre efficacement et durablement la couverture sanitaire aux exclus, tout en assurant des ressources suffisantes et stables aux services de santé, avec la participation active et responsable des collectivités concernées ». Les objectifs du projet PRIMA furent de développer un concept et de tester ce modèle d'organisation du partage de risques communautaire.

Le concept de mutuelle d'aire de santé fut développé et nommé MUCAS (Mutuelle communautaire d'aire de santé). La MUCAS est une « association de ménages ayant pour mission de promouvoir, par toutes stratégies adéquates et dans le respect de la légalité, l'accès de l'intégralité de la population de l'aire de la formation sanitaire à un Paquet minimum consensuel (PMC) de services de santé ». Le PMC comprend une liste des principales maladies et problèmes de santé identifiés par la population et les techniciens de santé suivant des critères techniques, financiers et sociaux.

Deux projets MUCAS (Maliando et Diompilo) virent le jour en 1998 et 1999, ciblant deux centres de santé pour les soins de santé primaires et deux hôpitaux préfectoraux pour les soins secondaires et les soins pédiatriques. Le transport est inclus dans le paquet à raison de 15.000 FG par évacuation.

En terme d'organisation, les mutuelles sont réparties en Unités d'enregistrement et de mobilisation (UnEM) où les mutualistes versent une cotisation annuelle selon la taille de la famille. De plus un co-paiement doit être versé afin de réduire l'abus.

Afin d'améliorer l'accueil et l'information des patients et la tenue des supports d'information sanitaire et les outils de gestion financière du centre de santé, ainsi que d'abandonner les pratiques de sur tarification et de tarifications parallèles des soins (qui grevaient sensiblement les coûts des soins pour les ménages, mais permettait au personnel de santé, entre autres, de compenser la faiblesse des salaires), le personnel du centre de santé a suggéré l'institution de primes mensuelles. Pour permettre que cette prime soit supportée par le budget du CS, un barème a été proposé et ajouté aux charges habituelles du CS avant la révision des tarifs de soins. Le Centre de santé de Yendé et la Direction préfectorale de la santé de Kissidougou ont aussi entrepris la correction des ordinogrammes et la gamme de médicaments essentiels.

Deux ans après la mise en place, la MUCAS "Maliando" subit des difficultés dues au déclin des membres. La perte fut de 1352 à 1014 membres. En fin 2000, moins de 600 personnes furent réinscrites. Cela exigea des efforts particuliers et une pression dut être exercée par les autorités locales et des administrations de santé à persuader les gens de renouveler leur adhésion ou d'y adhérer. Une incursion rebelle qui engendra une destruction importante de l'infrastructure du secteur santé et une situation politique instable mirent en danger la survie des mutuelles. Aujourd'hui, la population s'est de nouveau mobilisée pour reprendre la mutuelle avec l'aide de DynaM (voir ci-dessous).

Dans ce modèle, on voit une forte collaboration avec les formations sanitaires. Un des indices perçu comme des plus significatifs est l'élaboration du PMC entre les bénéficiaires et les prestataires de soins. Aussi, en terme de pérennisation, PRIMA a réussi à faciliter l'émergence d'un organisme national chargé d'accompagner les mutuelles existantes et la mise en place de nouvelles mutuelles. Il s'agit de l'ONG DynaM. La création de DynaM est un input important dans un contexte de difficultés dans l'organisation du système de santé et d'absence de suffisamment de compétences nationales avec comme objectif principal l'accompagnement des initiatives mutualistes (seul le CIDR était présent dans le pays).

DynamiC Mutualiste « DynaM »

L'Organisation non-gouvernementale DynamiC Mutualiste « DynaM » est née de l'expérience de terrain d'une recherche action sur « le partage du risque maladie » commanditée par le Ministère de la santé publique en collaboration avec la GTZ. L'objectif principal de l'organisation est de participer aux côtés des autres acteurs du système de santé à l'amélioration de la santé des populations par la promotion des systèmes de solidarité communautaire viables (mutuelles de santé) et la lutte contre le VIH/SIDA.

DynaM est une équipe pluridisciplinaire composée de Médecins internistes et de santé publique, d'infirmiers et sages femmes, d'un ingénieur de conception et structuration du monde rural, d'ingénieurs et techniciens de développement rural, d'un sociologue, d'un comptable et d'animateurs communautaires. Ses instances et organes de direction sont l'Assemblée générale (AG), le Conseil

d'administration (CA), le Secrétariat administratif et technique (SAT) et le commissariat aux comptes (CC). Le CA est l'instance de décision gestionnaire.

b. Le projet de réhabilitation de l'hôpital régional de Diourbel, Sénégal

Au Sénégal, les services de santé de la région de Diourbel et les responsables de l'hôpital régional ont fait le constat que malgré une morbidité et une mortalité élevées au niveau de la population, la fréquentation des structures de santé publiques demeure faible et les usagers n'arrivent pas toujours à payer directement et à temps le service qu'ils reçoivent. Ils ont observé une chute de la demande des groupes à faibles revenus qui vont chercher des produits de substitution comme la médecine traditionnelle, les guérisseurs, l'automédication, etc. De plus, le paiement direct ne permet de recouvrer qu'une partie des coûts surtout dans les petits risques. Les capacités des populations sont insuffisantes et irrégulières par rapport aux dépenses totales à engager. C'est dans ce contexte que le projet d'organiser les populations de la région de Diourbel a démarré.

La conduite de ce projet a été confiée à un cabinet d'étude allemand (Epos health consultant) qui en partenariat avec les autorités sanitaires de la région, a mené une étude de faisabilité de grande envergure qui a la particularité de concerner l'ensemble de la région de Diourbel sur la base d'un échantillon représentatif des ménages. Elle explore en même temps l'offre de soins dans la région ainsi que les associations de base pour asseoir le système. La question principale de recherche était de savoir si les mutuelles de santé représentent une stratégie appropriée pour la solution du problème de sous-utilisation des services de santé.

Dans l'objectif de départ de mettre en place des modèles construits, le projet s'est ravisé et a opté pour renforcer les initiatives existantes. Elle a mis en place un fonds de garantie qui devait permettre un recours financier en cas de difficultés de trésorerie de ces mutuelles de faible taille. Vraisemblablement aucun recours n'a été enregistré et pendant une phase de deux ans, les mutuelles ont buté sur une organisation structurelle en réseau pour prendre en charge les résultats du projet. En effet, il était difficile de se départir de la forte implication du personnel de l'hôpital. Cette implication fut très bénéfique au démarrage du projet et a permis d'accompagner scientifiquement la réalisation de l'étude de faisabilité au niveau régional. Toutes les bases pour un développement construit étaient réussies, aussi par l'implication de plusieurs secteurs de la gestion du système de santé.

Dans les deux cas présentés ci-dessus, l'objectif est clair : améliorer la performance de l'offre de soins. La réussite de cette approche « projet » est d'avoir la capacité d'exposer les problèmes de santé aux autorités, du fait qu'elle est montée avec la contribution technique et parfois financière du ministère de la santé. Les promoteurs de cette approche considèrent de toute façon que l'objectif d'un projet de recherche est de fournir un input conceptuel, scientifique et de générer un savoir-faire.

Si cette approche a le mérite de poser une démarche scientifique, bien documentée et bien affinée, et permet un raccourci dans les études de faisabilité pour mettre en place d'autres initiatives dans une même aire géographique, **il reste qu'elle est difficile à réaliser et à pérenniser**. Le coût en terme d'investissement humain et financier est très élevé. La contrepartie devra par la suite assurer le suivi et la diffusion du modèle. Cette tâche n'est pas toujours remplie. Il n'est pas non plus garanti une maîtrise de l'instrument par les bénéficiaires à la fin de la durée de vie du projet et on n'est pas sûr de l'appropriation par la population à la fin du projet. Dans les deux cas, les mutuelles de santé mises en place ont connu des difficultés de fonctionnement. D'autres partenaires, DYNAM pour la Guinée et PROMUSAF pour le Sénégal essaient de prendre le relais car les deux projets avaient la

perspective de créer la base pour une capacité (locale et nationale) durable pour continuer la promotion. Alors que pour le Sénégal c'est le fruit d'une coopération entre deux institutions (GTZ et ANMC), l'exemple de DYNAM est un modèle à promouvoir car l'expertise locale est pleinement autonomisée et dispose de compétences pour poursuivre le travail.

2. *Approche basée sur une initiative communautaire*

L'approche basée sur l'initiative communautaire est la plus répandue. On la trouve notamment dans les secteurs rural et informel. Les mutuelles dans ces domaines sont généralement de petite taille parce que les communautés ont rarement les moyens de mener des activités de grande envergure. Aussi, le caractère communautaire limite l'aire d'attraction de la mutuelle. Dans ces formes, le lien social est très fort et exerce un certain contrôle. Il s'agit de la forme la plus « personnalisée » des différentes approches.

En effet, les mutuelles restent encore fortement liées à un ciment social (village, ressortissants de..., confession, ethnie, groupe professionnel, etc.) et sont de taille modeste. Il y a donc une maîtrise de l'instrument par les membres et une forte participation. La quasi totalité des membres se connaissent. Elles sont gérées de façon parfois « sentimentale » ou traditionnelle (on n'hésite pas parfois à demander à un leader – par exemple le chef du village ou le marabout – d'appliquer "sa" démocratie en nommant le trésorier ou le président). De ce fait un contrôle social est appliqué car, comme on dit, « on se connaît, on sait qui est qui dans le village ». Il y a dès lors peu de dérapage dans la gestion ou la conduite des activités de la mutuelle.

3. *Approche basée sur une seule cible*

Cette approche concerne notamment les programmes spécifiques à des groupes bien identifiés. Ils sont menés généralement par des programmes de développement. On y trouve des mutuelles pour les femmes (voir l'expérience des Muriga ci-dessous), les enfants, les indigents, les retraités, les filières, etc.

4. *Approche basée sur un projet de coopération*

C'est dans cette approche que l'on lit la meilleure implication de l'Etat dans l'accompagnement du mouvement mutualiste. L'Etat met à profit sa coopération bilatérale pour inscrire l'appui au développement des mutuelles de santé. Il est certain que les acteurs doivent veiller à maintenir l'autonomie du mouvement vis-à-vis de ses partenaires. Ors, le rôle de l'Etat est indispensable dans l'accompagnement. Pour gérer cette tension, l'Etat peut créer une agence à qui il confie la mission de développer la mutualité dans le pays et qui sert d'interface entre lui et le mouvement. L'exemple le plus pertinent est sans doute celui du Mali.

Au Mali, l'Etat a véritablement joué son rôle de créateur d'un environnement incitatif au développement des mutuelles de santé. **Les deux éléments illustratifs sont la promulgation d'une loi sur les mutuelles et la mise en place d'un dispositif d'appui technique** : l'Union technique de la mutualité (UTM). Le Mali est encore le seul pays qui dispose d'une loi sur les mutuelles (cette dernière fut décrétée en 1997) et de ses textes annexes, tous les autres sont soit à l'étape de réflexion dans le cadre du projet de l'UEMOA⁴,

⁴ Dans le cadre du projet « appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé » le BIT/STEP accompagne les pays de l'UEMOA, dans l'élaboration d'un texte législatif sur les mutuelles de santé. Ce projet a démarré en septembre 2004 et est financé par la coopération française pour une période de deux ans.

soit à l'étape de loi sans décret comme au Sénégal. Ainsi, le Mali a mis en place des structures : une Direction au niveau central de l'Etat et l'UTM du côté de la demande, chargées de l'application des dispositifs de la loi et d'accompagner les sujets (mutuelles). La tutelle du mouvement mutualiste Malien est assurée par le Ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées à travers la Direction nationale de la protection sociale et de l'économie solidaire

Les objectifs de l'UTM (accompagnée techniquement par la Fédération nationale des mutualités françaises – FNMF et le Ministère de la santé du Mali) sont entre autres d'assurer la communication vers les populations, le partenariat avec le gouvernement sur l'assurance maladie en général et la gestion de proximité des mutuelles existantes.

Dès 1999 (deux ans après sa création), l'UTM se déploie dans les régions et renforce la diffusion de son propre produit d'assurance, appelé Garanties santé (GS). L'UTM négocie les accords de services (qui incluent les exigences de qualité) directement avec les prestataires de santé, les centres de santé et les hôpitaux. Les GS offrent quatre types de prestations :

	Produit assurance	Paquet bénéfice	Prix par mois
1	Risques simples	60 % des coûts des soins PHC et les médicaments essentiels dans les centres de santé publics sont couverts	270 F CFA
2	risques	75 % des coûts de l'hospitalisation sont couverts	210 F CFA
3	Combinaison de risques minimales et catastrophiques	Paquet de bénéfice 1 et 2	440 F CFA
4	Assurance privée	Accès aux cliniques privées et hôpitaux privés	5.000 F CFA

L'administration des GS est assurée par l'UTM au niveau central (collecte des primes, marketing, gestion financière etc.) à l'aide aussi d'un logiciel performant et spécifique aux mutuelles qui génère des rapports et l'identification des membres qui disposent d'une carte d'accès aux formations sanitaires. Cette première expérience d'une gestion centralisée et informatisée des membres a fait ses preuves dans les relations avec les prestataires.

Les GS ne sont diffusées que dans la capitale (Bamako) et dans quelques villes régionales (Sikasso, Kayes, Mopti et Ségou) auprès des entreprises notamment. Ceci réduit quelque peu la population cible. Cependant, l'UTM travaille aussi à la promotion de la mutualité en milieu rural. Le processus utilisé est aussi intéressant. Au démarrage, l'UTM avait ciblé certaines zones encadrées par la Compagnie malienne de développement textile (CMDT) et l'Office du Niger à cause du potentiel de développement économique (culture de rente) et l'encadrement dont bénéficient les paysans. L'objectif était de promouvoir les mutuelles rurales à partir des expériences pilotes telle que la mutuelle de Nongon. Le partenariat CMDT - UTM a abouti à la création de quatre mutuelles de santé.

Les résultats de l'UTM sont intéressants malgré leur modestie en rapport avec l'investissement. En terme d'impact, une vingtaine de mutuelles diffusent les garanties santé dans le cadre de l'assurance maladie volontaire (AMV) et rassemblent environ 30.000 bénéficiaires, une douzaine de mutuelles sont en gestation (80.000 nouveaux bénéficiaires). En terme de disponibilité de compétences, on se trouve là en présence d'un organisme qui peut fournir toute l'assistance technique aux mutuelles dans le pays, l'Etat a un allié sûr en gestion d'assurance maladie sur qui il peut s'appuyer dans la perspective de l'extension de l'assurance maladie, voir la mise en place d'un régime universel et enfin, le partenariat avec

les IMF enclenché par l'UTM est une tendance prometteuse. Cependant, l'investissement financier est pour le moment très important et l'autonomisation s'avère difficile à imaginer.

5. *Approche basée sur un élargissement des objectifs*

Une expérience fort intéressante consiste à prendre comme base des initiatives communautaires qui intègrent la prise en charge des soins de santé et d'élargir leurs objectifs. En Afrique, de nombreuses organisations sont dans cette logique. Soit l'organisation a un caractère social, soit un caractère économique. Dans le premier cas, on trouve toute la gamme des regroupements sociaux comme les tontines, les cercles avec des liens de parenté ou d'amitié et dans le deuxième cas, on peut retrouver les groupements économiques comme les filières. Le meilleur des exemples se trouve être le cas où le groupement a un objectif primaire de prise en charge des soins de santé. L'illustration est donnée par les mutuelles pour les risques liés à la grossesse et à l'accouchement (MURIGA) en Guinée.

L'initiative des Muriga a été impulsée par le Ministère de la santé publique de Guinée, comme principale activité du Programme maternité sans risque (PNMSR) soutenu par l'UNICEF dans le cadre de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Plusieurs acteurs ont été impliqués dans la mise en place : autorités sanitaires, administration territoriale, élus locaux, autorités religieuses et coutumières, populations cibles.

L'expérience des Muriga a démarré d'une manière un peu atypique. Dans la sous-préfecture de Dabola en 1997, le médecin chef, confronté à un problème de mortalité des femmes pour cause de retard par manque d'argent, a démarré un prélèvement de fonds sur les recettes de l'hôpital et rembourse le carburant à tous les chefs de centres de santé qui réfèrent les femmes en difficulté. Puis il a commencé à demander aux femmes d'épargner 4.000 FGN. Devant le succès de cette initiative, l'UNICEF a étendu l'expérience à d'autres préfectures et d'autres organismes (FNUAP, PRISM, Save the children, PPSG) se sont intéressés et ont pris d'autres préfectures. Aujourd'hui, la Guinée compte 67 Muriga pour plus de 60 000 adhérents.

Le principe des Muriga est le partage des coûts des prestations. Après une définition de la population à risque (femmes en âge de procréer), le montant total de la prise en charge est répartie entre la population et le bailleur de fonds (exemple de Sinta sur le tableau ci-dessous).

SOUS PREFECTURE DE SINTA :

Districts	Pop total	Pop imposable	Pop cible	Cas cpliqués	Montant à cotiser	cotisation
Bouma	2 426	890	109	3	606 500	250/pers
Kollet centre	2 600	1 080	117	4	650 000	
Koukoukhouré	2 328	880	105	3	582 000	
Konkouré	2 213	747	100	3	553 250	
Kouria	2 213	585	100	3	553 250	
Toumaniyah	3 003	1 220	135	4	750 750	
Wara	2 711	1 144	122	4	677 750	
TOTAL	17 494	6 546	787	24	4 373 500	

Pour les acteurs de la mutualité en Guinée, il serait intéressant d'élargir le mandat des Muriga ou tout au moins de les intégrer dans des mutuelles plus grandes. Bien que cette perspective soit logique du fait que la plupart des mutuelles prennent en charge les soins liés à

la grossesse et que l'intégration ne devrait pas poser de problème, l'articulation n'est pas évidente du fait de la différence de caractéristiques. En effet, les Muriga ciblent uniquement les femmes en grossesse. Il n'y a pas de période d'observation. Les adhérents peuvent bénéficier des prestations dès le démarrage de la cotisation et cette adhésion est possible à n'importe quel moment. Le montant de la cotisation varie de 300 FGN à 8.000 FGN selon qu'on se trouve en milieu rural ou urbain et dans le cas de l'élargissement, il reste à savoir si la cible est capable d'en supporter les frais. Aussi, la gestion des Muriga ne revient pas toujours aux bénéficiaires que sont les femmes. Dans certains districts, la gestion est directement assurée par le prestataire de soins. Dans d'autres, les hommes s'impliquent parce que les compétences chez les femmes ne sont pas toujours disponibles. Il serait intéressant d'étudier les modalités d'autonomisation de la gestion.

En terme d'élargissement des services, les Muriga peuvent compter sur l'ONG DynaM. En effet, cette dernière, sur demande du Ministère de la santé et du FNUAP a accompagné la mise en place de huit Muriga dans deux préfectures du Fouta Djallon et de la Basse Côte. Cette ONG a de plus une forte expérience en matière de mutuelle de santé. Le travail sur le terrain a amené à réfléchir avec les populations sur cet élargissement. Pendant les séances de sensibilisation pour la mutuelle de santé, les femmes elles-mêmes ont reconnu la pertinence des Muriga mais ont déploré le fait que cette solidarité est à « sens unique ». Il n'y a pas de perspective de prise en charge après l'accouchement, ni pour le bébé ni pour sa mère et au cas où d'autres membres de la famille tombent malade.

6. *Approche intégrée d'une dualité assurancielle*

L'articulation ou partenariat des mutuelles de santé avec d'autres organismes tels que les institutions de micro-finance (IMF) et le micro-crédit est le principal modèle développé par cette approche. L'objectif est d'améliorer de manière globale la situation économique et sanitaire du bénéficiaire, en considérant qu'une mauvaise santé compromet le remboursement des prêts accordés par l'IMF et que la faible capacité contributive des ménages peut être améliorée par la présence d'un autre produit financier. Cette approche est de plus en plus mise en œuvre, si bien que 33% des initiatives sont concernées. En Afrique de l'Ouest, 650 structures de micro-finance sont recensées avec 5 millions de sociétaires (critère : personnes ayant un compte d'épargne et crédit). L'encours d'épargne était d'environ 300 millions d'Euros en 2003 et les IMF emploient environ 10.000 personnes soit autant que le secteur bancaire traditionnel⁵.

Deux formes se présentent : l'approche basée sur le produit et sa gestion (synergie IMF/mutuelle) et l'approche basée sur le membre (synergie mutuelle/micro-crédit). Nous présentons ces deux formes en considérant la dimension de l'institut partenaire. Alors que l'IMF est une organisation de grande dimension et couvrant un nombre important de sociétaires, le micro-crédit est plutôt géré en interne par les mutuelles de santé.

a. Les mutuelles de santé et les institutions de micro-finance (IMF)

L'octroi de micro-crédit par l'IMF peut renforcer la capacité contributive des membres. De plus, la possibilité d'obtenir le crédit à des conditions avantageuses dans le cadre d'une convention peut être un intérêt supplémentaire qui amène la population à adhérer à la mutuelle de santé. Les sociétaires de l'IMF pourront également adhérer à la mutuelle de santé après sensibilisation aux guichets des caisses. Ce qui peut alléger le travail de communication

⁵ Source Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest, BCEAO 2004, in Techniques Financières et Développement n° 78 – mars 2005

–information de la mutuelle de santé et en même temps augmenter ses ressources par de nouvelles adhésions. Le nombre de sociétaires que comptent les IMF constitue une base solide pour élargir la base sociale des mutuelles de santé. Aussi, la mutuelle de santé pourra loger ses fonds dans un compte rémunéré de l'institution financière et bénéficier des intérêts qui augmenteront ses ressources. Enfin, la mutuelle peut organiser des activités d'IEC santé en faveur des mutualistes et des sociétaires.

Pour l'IMF, les risques de non-remboursement des crédits accordés aux membres de la mutuelle de santé pourront être limités. En effet, ceux-ci étant assurés contre les risques de maladie, les fonds utilisés pour l'achat des médicaments serviront à priori à rembourser les crédits consentis. Par ailleurs, sur conseil de la mutuelle de santé, ses membres pourront à terme devenir sociétaires de l'institution mutualiste financière. Ce qui va augmenter le sociétariat, les dépôts et les produits de l'institution financière qui à son tour, pourra contribuer à renforcer les capacités de mobilisation des ressources de l'institution mutualiste de santé (prélèvement des cotisations à la source).

Kondo Jigima et la mutualité malienne

Kondo Jigima est une institution mutualiste d'épargne et de crédit créée en 1991 sur initiative des artisans maliens. En 1995, le réseau s'ouvre aux autres catégories socio-professionnelles. Implanté dans cinq régions du pays, Kondo Jigima compte aujourd'hui 35 caisses (regroupées en union), 33 000 membres, 2,2 milliards de dépôts et 1,4 milliards d'encours de crédit. Troisième structure du genre au Mali, Kondo Jigima est en collaboration avec plus d'une dizaine de partenaires dont la Mutualité malienne. Avec cette dernière, Kondo Jigima a signé un cadre d'un protocole d'accord le 27 juin 2003. L'objectif de cette collaboration est de renforcer les revenus des membres des mutuelles de santé de la région de Ségou appuyée par l'UTM à travers son Unité opérationnelle de Ségou.

Ainsi, la Mutualité chrétienne d'Anderlues (Belgique) qui est aussi en partenariat avec l'UTM met un fonds de 10.000€ à la disposition de l'IMF à un taux d'intérêt préférentiel. A partir de ce fonds, Kondo Jigima octroie des micro-crédits à un taux d'intérêt inférieur à ses taux internes aux membres des mutuelles de santé. Le montant maximum des crédits est de 100.000 FCFA et sans garantie matérielle exigée de la part de Kondo Jigima (dans le principe de la caution solidaire). La durée moyenne des crédits est de 6 mois.

Le protocole s'étend sur une durée de 18 mois et pourra être renouvelé. Les résultats escomptés sont : le renforcement de la capacité contributive des membres des mutuelles, l'incitation de la population à adhérer aux mutuelles, la limitation des risques crédits et l'accroissement futur du sociétariat de Kondo Jigima.

La synergie entre les deux types d'organisation se fait au Mali avec des conventions de partenariat dans le respect de l'autonomie institutionnelle de chacun des acteurs. En effet, les IMF et les mutuelles de santé sont régies par deux lois différentes.

b. Les mutuelles et le micro-crédit

Cette approche est notamment développée par le PROMUSAF⁶. L'objectif recherché du point de vue des mutuelles est de renforcer les capacités contributives des adhérents des mutuelles de santé pour réduire les taux de retard de cotisations, rehausser le montant de cotisation par personne, élargir la gamme des prestations et renforcer les ressources de la

⁶ Le PROMUSAF est un programme conjoint entre les Mutualités Chrétiennes de Belgique et l'ONG Solidarité Mondiale. Il intervient dans 4 pays (Burkina Faso, Sénégal, Mali et Bénin)

mutuelle. Pour le membre, l'objectif direct est l'amélioration des revenus et la finalité est l'amélioration de la santé familiale.

Les premières expériences ont été développées au Sénégal avec la Coordination des mutuelles de santé de la région de Thiès (CRMST) et le Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes (GRAIM), lors d'un atelier de diagnostic et de planification du programme dans la région de Thiès, organisé en mai 98. Ce diagnostic avait permis de constater les retards de cotisation (qui pouvaient atteindre 75 %, certains adhérents cumulant plusieurs années) au sein des mutuelles et de proposer des solutions. Aussi, les cotisations étaient faibles (100 à 200 F CFA /personne /mois) et ne permettaient qu'une garantie limitée : prise en charge de l'hospitalisation plafonnée en nombre de jours avec rarement quelques autres services.

Pour améliorer le recouvrement des cotisations, les mutuelles de la région de Thiès ont démarré un projet d'appui aux activités génératrices de revenus. Le projet opère en milieu rural dans les trois départements de Thiès. 7 mutuelles ont bénéficié du projet qui a démarré avec un montant de 14.000.000 F CFA. En 2005, la situation se présentait comme suit :

Activités financées	Nombre d'AGR	Montant des crédits	% de l'activité
Petit commerce	864	29 505 300	72 %
Embouche bovine	63	6 874 800	17 %
Bouture de manioc	14	485 000	1,2 %
Embouche ovine	07	1 190 000	3 %
Embouche porcine	06	330 000	0,8 %
Maraîchage	13	936 000	2,2 %
Poulets de chair	08	1 281 000	3,1 %
Friperie	06	600 000	1,5 %
TOTAUX	981	41 202 100	

Le micro crédit a permis de financer des femmes qui étaient sans revenus pour lancer leurs premières activités, notamment le petit commerce. Sur un nombre total de 981 crédits distribués dans les sept mutuelles, près de 677 ont été accordés à des femmes soit 70% pour un montant total de 22.215.300 FCFA (54% du volume total de crédit distribué).

Au regard du montant de la subvention, la formule des prêts rotatifs aux membres pour financer des activités génératrices de revenus a été retenue car elle permettait de toucher plus de membres sur un délai de récupération assez court (maximum 6 mois). Ces fonds devaient financer des activités adaptées au milieu rural : l'élevage (embouche bovine, porcine, ovine ou aviculture), le maraîchage (culture de légumes en saison sèche) ou le petit commerce.

Les fonds de micro crédit font l'objet d'une convention entre la CRMST et chacune des mutuelles financées. Cette convention définit clairement les conditions et procédures d'octroi, de gestion et de suivi de ces fonds de micro crédit qui sont alloués aux mutuelles, sans garantie et sous forme de prêts sans intérêts. La mutuelle allocataire est responsable de la bonne gestion du prêt et celui-ci est renouvelable annuellement après une évaluation concluante menée conjointement par la coordination régionale et la mutuelle.

Pour bénéficier de ce fonds de micro crédit, il faut être membre de la mutuelle, formuler une demande de prêt adressée au Comité de gestion (CG), s'engager par une reconnaissance de dette et un contrat de prêt à rembourser sur un délai de 6 mois au maximum

le montant du prêt et les intérêts (taux applicable 1% mensuel), s'engager à apurer les retards de cotisations, et à cotiser par anticipation pour une période allant de 6 mois à 1 an.

Dans le principe, la séparation des activités de micro crédit et des activités traditionnelles de la mutuelle est prévue. Cependant, il peut arriver que ce principe ne soit pas respecté du fait du manque de personnes ressources et du problème du bénévolat. Les supports disponibles pour la gestion des deux activités sont distincts mais parfois exploités par les mêmes personnes qui sont souvent seules à être disponibles ou à pouvoir lire et écrire.

La mutuelle de santé de Lehar-Pandienou et le micro-crédit

Cette mutuelle a été créée en 1995, suite à l'expérience de Fandène (Thiès/Sénégal). Les droits d'adhésion étaient initialement fixés à 2.000 Fcfa puis ramené à 1.000 F en janvier 1997 et les cotisations arrêtées à 100 Fcfa par mois et par personne. Les prestations n'ont débuté qu'au mois de juillet 1999 avec la signature d'une convention avec l'hôpital Saint Jean de Dieu. Une autre convention sera signée avec le poste de santé du village pour la prise en charge des soins primaires des adhérents, à hauteur de 50% du coût total de la prestation. En juillet 2003, cette prise en charge de 50% a évolué pour atteindre 70% du coût total des prestations pour les soins primaires et a été élargie à la couverture des opérations chirurgicales à hauteur de 60%. Pour mieux répondre aux effets induits de ces réajustements, la cotisation mensuelle par personne a été portée à 150 Fcfa.

La mutuelle de Léhar-pandienou bénéficie d'un local sis dans l'enceinte de l'église qui sert de lieu de rencontres, de réunions et de bureau également. Il est équipé d'un bureau, de plusieurs chaises et d'une armoire. Le micro crédit a été introduit au début de l'année 2000 pour pallier aux retards de cotisations des membres qui sont pour la plupart des agriculteurs qui vivent des périodes difficiles notamment en mauvaise saison des pluies. Le comité a bien fonctionné et a donné des résultats satisfaisants, au niveau de la régularité des rencontres, de la rotation des crédits, du dispositif de suivi, de la qualité du portefeuille et de la tenue à jour des supports et rapports d'activités, comme le montrent les éléments ci-dessous.

Evolution du projet de micro-crédit

Evolutions	Année 2000	Année 2004	Evolution en pourcentage
Nombre d'adhésions	236	355	50,4%
Nombre de bénéficiaires	1449	2126	46,7%
Cotisations	1 713 300	2 908 300	70%
Taux de recouvrement cotisations	98,5 %	76%	
Encaisses	465 640	1 359 150	192 %
Remboursement des crédits	8 510 100	692 455	

Attribution du micro-crédit par genre

Nature des crédits	Genres	Nombres	Montants des crédits
Embouche bovine	Hommes	25	3 851 000
	Femmes	10	358 800
Petit commerce	Hommes	65	1 738 800
	Femmes	131	2 561 500
SOUS TOTAL		231	8 510 100

Le micro-crédit dans la région de Thiès a effectivement fonctionné et favorisé le retour et la réinsertion des bénéficiaires au sein de la mutuelle et les objectifs du micro-crédit ont été atteints compte tenu du fait que le nombre de membres a augmenté. Globalement, il a eu un impact social certain sur les membres car, quatre années après son introduction, les cotisations ont connu des taux de recouvrement assez substantiels notamment avec une évolution de ces taux qui ont atteint 115% à Petit Thialy, 70% à Léhar et 64 % à Mboro sur quatre années. Un bénéficiaire du micro-crédit qui avait investi ses 40 000 F CFA dans la culture du manioc a pu, après sa récolte, faire un chiffre d'affaire de 300 000 F CFA. A Mbour, le 9ème jour de chaque mois les membres se réunissent pour les remboursements de crédits et les redistributions de prêts.

Sur plusieurs mutuelles les bénéficiaires de micro crédits ont su mener leur activité à terme, rembourser et demander un refinancement ou un montant plus substantiel. En quatre années l'enveloppe de crédit qui était à l'origine de 14.000.000 FCFA a fructifiée et été bien utilisée, donnant un volume global de crédit sur l'ensemble des 7 mutuelles de 41.202.100 FCFA. Au niveau de toutes les mutuelles ces fonds de micro crédit sont favorablement appréciés, car ils ont aidé les bénéficiaires à résoudre des problèmes ponctuels et à poursuivre des activités génératrices de revenus. L'extension de l'expérience à une échelle plus large pourrait contribuer à améliorer la situation sanitaire des populations rurales et à lutter efficacement contre la pauvreté.

Par ailleurs, une expérience intéressante se développe au Cameroun, menée par le SAILD qui cherche à placer les mutuelles à un carrefour entre les systèmes de production, de commercialisation et de micro-finance. Il s'agit de connecter les mutuelles à ces autres systèmes, ce qui leur permettra de gagner à plusieurs niveaux. La connexion ne se situe pas aux petits crédits ou aux épargnes réguliers, qui sont trop faibles, mais devient intéressante si elle cible les périodes de grands crédits comme le crédit de production : intrant ou le crédit de soudure. Des paysans en effet considèrent la santé comme un intrant très important.

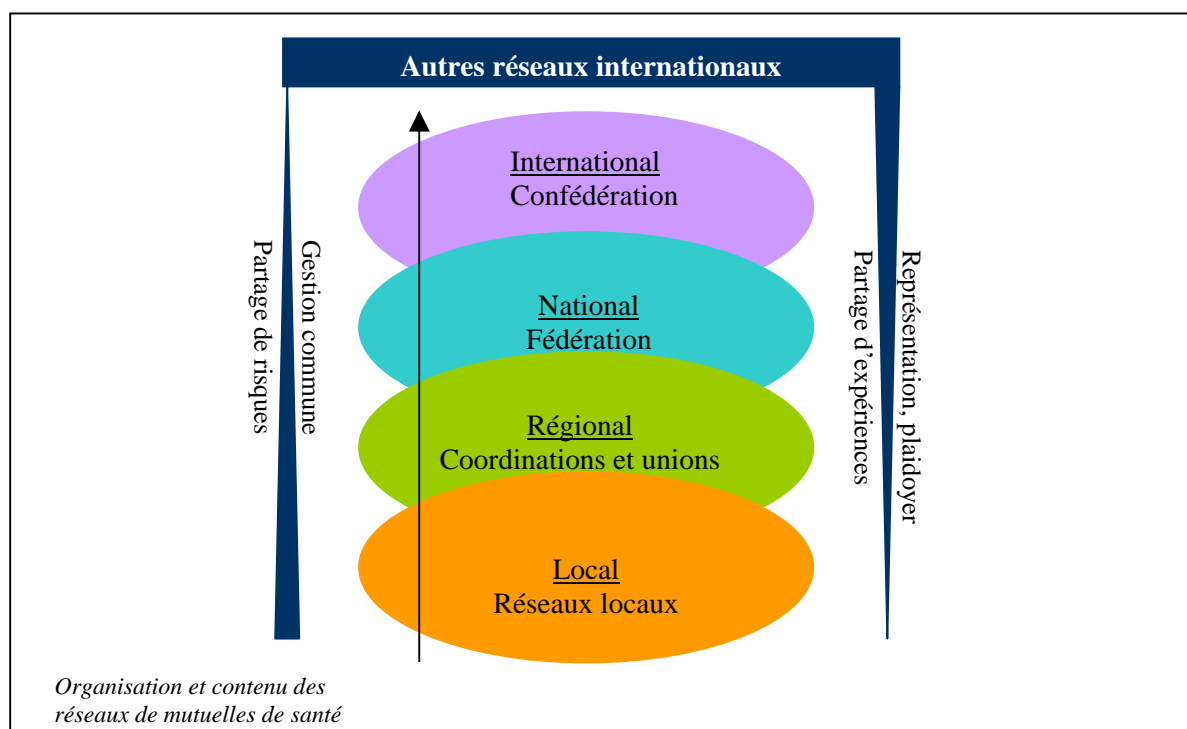
En considérant la santé comme « un intrant agricole », les paysans, espèrent réaliser une économie d'échelle sur certains outils tels que les documents de gestion, la formation, etc. Le principe consiste à prélever une cotisation de 15.000 à 30.000 FCFA, ce qui, selon eux ne représente rien à côté de crédit d'intrant agricole qui s'élève de 100.000 à 200.000 FCFA. Là, on pense qu'un prélèvement sur l'épargne n'est pas la meilleure solution parce que l'épargne est faible et que certaines IMF ont elles-mêmes des problèmes de recouvrement et donc de ce fait ne peuvent aider les mutuelles.

Face à la faiblesse et à l'instabilité des revenus des ménages, la micro-finance associée aux mutuelles peut permettre aux ménages d'entrer dans une spirale positive en termes de santé et de revenus. Il peut s'agir de micro-finance bancaire (instituée par les IMF) ou de micro-finance communautaire traditionnelle ou moderne.

7. *Approche basée sur la perspective de la mise en réseau*

Les mutuelles ont vocation à se regrouper. Ce regroupement épouse dans la réalité différentes formes suivant le niveau où on se trouve et la dimension et les objectifs que les mutuelles se donnent. Alors qu'en 2000 les réseaux de mutuelles de santé se souciaient uniquement de mettre ensemble les initiatives existantes, de nos jours, cette mise en réseau se construit de manière beaucoup plus dynamique et se fixe des objectifs plus opérationnels. Globalement on peut sérier les approches en 3 axes non exclusifs :

- réseaux dynamiques de coordination
- réseaux de mise en commun de la gestion
- réseaux dynamiques de plaidoyer et de défenses d'intérêt



a. Au niveau local, des mutuelles liées par un dénominateur commun

Ce type de réseau confère aux mutuelles membres les mêmes caractéristiques en terme de couverture des prestations. Elles ont une caisse centrale et des démembrements répartis en zones et qui se chargent notamment de la collecte des cotisations et de la communication envers les membres. La décentralisation des structures de gestion et de gouvernance amène les activités de la mutuelle plus près des adhérents. Ceci facilite leur participation aux assemblées générales, et en créant les autres structures de gestion, la mutuelle fournit aux autres membres des opportunités de s'engager plus activement dans la vie de la mutuelle. Ceci aussi aide à créer une masse critique de personnes compétentes dans les mutuelles.

Généralement, ces mutuelles ont les caractéristiques suivantes :

- même structure d'appui ou programme de développement avec un objectif autre que la mutualité. On trouve dans cette catégorie, les mutuelles appuyées par le CIDR au Bénin et en Guinée forestière. Cette approche est très développée par le CIDR. On trouve d'autres exemples comme le Programme des Femmes en Milieu Urbain (PROFEMU) au Sénégal
- mêmes groupes socio-professionnels (enseignants, ...)
- même objectif annexe (caisses villageoises, épargne crédit, etc.)
- même aire géographique

La mutuelle de santé "SOPPANTE" a été créée en 1997, devenant fonctionnelle en octobre 1998. Dans un premier temps, il a fallu 18 mois de période d'observation pour pouvoir accéder aux soins et permettre une prise en charge couvrant 10 jours d'hospitalisation de ses membres. Tout le travail de coordination, de sensibilisation et de recouvrement était assuré par deux personnes. En 2000, la mutuelle a entrepris de se subdiviser en zones pour renforcer l'organisation, la formation à la décentralisation et à la gestion pratique. Sept zones ont été constituées, regroupant au total 44 villages.

Les délégués de chaque zone, récupèrent les cotisations de leurs membres pour les verser au gérant de zone. Ils sont aussi chargés de l'animation dans tous les villages concernant la zone et de tenir à jour les documents comptables.

La mutuelle a signé des conventions avec 10 postes de santé à qui elle verse une caution de 30.000 FCFA de même que l'hôpital saint Jean de Dieu mais avec une somme de 500.000 FCFA (cinq cents mille francs).

Les postes de santé reçoivent tous des patients de la mutuelle, quelles que soient leurs zones de provenance. Tous les 10 du mois des listes par zone sont établies pour ceux qui doivent bénéficier des soins primaires et des hospitalisations, mais il se trouve que beaucoup de gens viennent verser après le 10 mois et causent beaucoup de difficultés au personnel soignant.

L'approche de développer un réseau de mutuelles a été particulièrement expérimentée par le **PHRplus au Bénin**. Elle consiste à faciliter la création simultanée de mutuelles de santé selon le découpage territorial de la commune (mutuelle d'arrondissement). Chaque mutuelle d'arrondissement offre à ses bénéficiaires le paquet minimum d'activités (petits risques) disponible au niveau du CS. Dans ce cadre quelques caractéristiques ont été harmonisées, il s'agit notamment du paquet de services, du ticket modérateur, de la cotisation et de la période d'observation. Une union communale constituée de mutuelles d'arrondissements est mise en place pour offrir entre autre la prise en charge des risques au niveau de l'hôpital de zone.

Dans le processus, cette approche met l'accent sur la mise en réseau et la sensibilisation. Ainsi le comité d'initiative (par arrondissement) est constitué de représentants de groupements de femmes, groupement de producteurs de coton, association de développement, élus locaux, comité de gestion du centre de santé, agent de santé, association des artisans etc. Ce comité est chargé d'expliquer le principe de la mutualité dans les arrondissements et d'organiser à ce niveau un autre comité d'initiative qui sera chargé de mener des activités de sensibilisation jusqu'à la tenue de l'assemblée générale constitutive.

En terme de résultat, cette approche a permis la mise en place de 10 mutuelles de santé en 2 ans dont 7 sont fonctionnelles en fin 2005.

b. Au niveau régional et zonal des coordinations et unions de mutuelles

Cette mise en réseau est très développée, notamment au Sénégal qui en compte 6 au niveau régional et 2 au niveau zonal. Généralement, ces réseaux ne font pas d'exclusion et sont assez composites dans le profil des organismes membres (taille, localisation géographique, cible, prestations, etc.). Au Sénégal, les acteurs ont quand même du mal à se positionner par rapport aux mutuelles de grandes envergures, c'est-à-dire celles qui couvrent l'étendue du territoire ou qui ont plusieurs zones d'intervention. A cause de leurs spécificités, le plan stratégique du développement des mutuelles de santé élaboré avec l'ensemble des acteurs a jugé bon de leur consacrer des axes spécifiques.

La coordination a un objectif de partage d'expériences et de défense d'intérêt tandis que l'union offre en plus des services communs (gestion centralisée de certaines prestations, formation, suivi financier, audit, médecin conseil, etc.). **Les cas de l'UTM au Mali et de l'Union des mutuelles de santé de Dakar sont assez édifiants.** Ces unions protègent et gèrent les intérêts des membres en leur fournissant des services de tous ordres, notamment administratif, professionnel et financier en vue de concourir à la réalisation de leurs objectifs. De ce fait, elles agissent en qualité d'organisme de surveillance, de contrôle et de

représentation des MS affiliées. L'approche *Union* est très intéressante parce qu'elle apporte à ses membres une assistance technique notamment en matière de gestion, de comptabilité, de finances, d'éducation et de formation. Certaines unions gèrent également des produits prudents pour leurs membres tels que le fonds de garantie, les cautions et la réassurance.

L'Union des mutuelles de santé de Guinée Forestière est née d'un projet du Centre International pour le Développement et la Recherche (CIDR). Comme dans le cas de l'UTM au Mali, et de la coordination des mutuelles de santé de Diourbel au Sénégal, le projet est le fruit du financement d'un partenaire extérieur. Grâce à cet appui technique, les premières mutuelles (d'abord un groupe de 6) ont démarré en 2000 et dès la fin 2001 (novembre), l'Union des mutuelles de santé de Guinée Forestière (UMSGF) est créée par les dix mutuelles alors existantes. En 2005, le nombre de mutuelles dans cette région est de 25, couvrant 13.984 personnes.

L'idée a été très tôt de mener les activités avec toutes les mutuelles qui sont mises en place dans les préfectures de Yomou N'zérékoré d'abord, puis celle de Lola. Ainsi, parallèlement à la mise en place, un processus de contractualisation est engagé avec les hôpitaux préfectoraux (Yomou et Lola) et l'hôpital régional (N'zérékoré). Les conventions prévoient la prise en charge des mutualistes pour tous les soins hospitaliers et organisent le système du tiers payant avec les mutuelles. Cependant, avec l'accroissement du nombre de mutuelles, les garanties proposées aux mutualistes sont progressivement élargies, assurant l'intégration de structures de soins primaires dans le réseau des prestataires conventionnés.

Toutes les mutuelles partagent les mêmes caractéristiques dans leur fonctionnement et leur organisation. Les statuts de l'Union des mutuelles prévoient que chaque structure membre soit représentée par trois personnes lors de l'AG annuelle. Pour sa part, le Conseil d'administration est composé d'un représentant par mutuelle membre. Ces modalités de représentation des mutuelles aux instances constituent la garantie d'une bonne participation de l'ensemble des structures du réseau. Cependant, dans l'hypothèse d'un développement important de la taille du réseau, ce mode de représentation pourrait devenir un frein au bon fonctionnement des instances. Le bureau exécutif (BE) est constitué de 6 personnes, désignées au sein du CA. Cette désignation est réalisée sur des critères de compétence parfois difficile à faire accepter aux anciennes mutuelles « fondatrices » de l'Union. Ces dernières estiment que leur ancienneté leur confère automatiquement un droit de participation au BE.

Dans le souci d'assurer la consolidation financière des mutuelles membres du réseau, un fonds de garantie, géré par le BE, est créé à partir des adhésions initiales des mutuelles membres (renouvelé chaque année) et d'une dotation annuelle du CIDR. A ce jour, aucune intervention n'a été nécessaire.

L'Union assure la représentation de ses membres, en particulier avec les prestataires de soins pour discuter des conventions de partenariat, et répondre aux sollicitations des hôpitaux. Cependant, le suivi du fonctionnement courant du partenariat, organisé sous forme de comité de suivi semestriel, reste une prérogative des mutuelles à la base. De même, la représentation est assurée auprès des autorités sanitaires régionales et elle est l'interlocuteur privilégié de l'administration sanitaire, en cas de besoin de transmission d'information. Enfin, l'Union noue des partenariats avec des structures locales dont la vocation est d'intervenir dans le domaine de l'éducation à la santé (sensibilisation sur les IST et le VIH, journées nationales de vaccination, émissions de radio, etc.).

Les moyens de l'Union ont été directement apportés par des contributions des différentes mutuelles membres, calculées sur la base d'un pourcentage des cotisations collectées pour l'exercice considéré. Elles sont complétées par des dotations du projet et sont envisagées dans une perspective de dégressivité, en relation avec le développement des moyens propres de l'Union. Le mode de financement de l'Union par les mutuelles repose sur un mécanisme de solidarité, chaque mutuelle participant au prorata de cotisations collectées dans l'année au niveau de sa structure, les grosses mutuelles sont amenées à contribuer plus fortement que les petites, sans relation directe avec la nature des services reçus. Ce principe fondateur de l'Union est un enjeu important pour l'avenir du réseau.

c. Au niveau national, la fédération ou la confédération

Cet échelon, en plus des fonctions des deux niveaux précédents, a un fort rôle en matière de représentation et de plaidoyer. Objectivement, elle doit se doter de puissance faite de la solidité et de la construction de ses contributions et des thèmes qu'elle aborde. Dans une structuration mature, elle peut donner les grandes orientations dans un processus de législation ou d'élaboration d'un code de déontologie. Aucun pays, à part le Mali, ne dispose d'une fédération au niveau national. En fait, le cas de l'UTM est assez atypique. Elle se place au niveau national mais ne regroupe pas systématiquement toutes les mutuelles. Evidemment, les mutuelles qui ne sont pas membres bénéficient des retombées de l'action de l'UTM auprès des autorités de tutelle.

Les réseaux de mutuelles ont un rôle à jouer dans le développement et le renforcement du mouvement mutualiste ainsi que, et surtout, dans la pérennisation de l'appui technique actuellement apporté aux mutuelles. Cet appui aux coordinations devrait permettre notamment de les doter de moyens matériels et de ressources humaines qualifiées pour assurer un appui à la gestion et au suivi des mutuelles membres.

8. *Autres approches*

On trouve une diversité d'approches. Il nous semble intéressant d'en mentionner deux qui sont intéressantes mais n'ont pas été documentées dans le présent document.

- **Approche basée sur une initiative personnelle :** il s'agit de la promotion de l'organisation mutualiste par un membre de la communauté, dans la majorité des cas, un émigré. La migration affaiblit généralement les liens de solidarité traditionnelle. Cependant, de récentes études montrent de plus en plus une organisation de la diaspora pour diffuser une solidarité généralement réservée aux membres de la famille à l'ensemble de la communauté. La mutuelle des maliens de l'extérieure en est la manifestation la plus achevée. Au centre est du Sénégal (Tambacounda) et tout au long de la vallée du fleuve Sénégal, les émigrés s'engagent dans des projets de développement et à Touba (dans la région de Diourbel au Sénégal), l'ONG (Matlatoul bou Fawzeini) initiée par des émigrés a construit et équipé un hôpital. Il est d'ailleurs reconnu que le montant des transferts effectués par la diaspora sénégalaise est supérieur au budget de l'État. L'argent transféré contribue à l'entretien des familles (qui est une obligation morale des émigrés) et à la construction d'infrastructures sociales. On peut donc valablement compter sur cette solidarité, l'organiser (peut-être aussi en fonction des revenus et du degré d'insertion dans le pays d'accueil) et la rendre opérationnelle pour aussi la prise en charge des indigents dans la société.
- **Approche basée sur le prestataire de soins :** on note que la majorité des initiatives de ce type ont connu des difficultés, surtout quand c'est dans une échelle réduite et qui n'est pas intégrée dans un plan global du financement de la santé. La dislocation entre cet objectif et le fonctionnement de l'offre de soins semble en être la principale contrainte (les structures peuvent se gêner si elles n'évoluent pas dans un cadre global : déficit de l'offre, mauvaise perception de la demande). On trouve quand même des expériences réussies (celle de Bwamanda au Congo et Nkoranza au Ghana). On pourrait documenter dans ce cas la plus-value et voir si quand l'offre de soins est liée à un système d'assurance maladie elle devient plus performante.
- Modèle basé sur la priorité à d'autres activités ex. volontaires de l'éducation, douane, gendarmerie, etc. C'est en fait l'expérience des mutuelles de « grande envergure » qui couvrent le territoire national et intéressent notamment les « corps constitués » qui ont aussi d'autres produits (habitat, décès, ravitaillement, etc.)

- Modèle basé sur le contour administratif : il s'agit d'une démarche ambitieuse où on se place d'emblée dans une perspective de mettre simultanément en place plusieurs mutuelles dans une zone géographique quelconque: zone urbaine, district, région, pays.

IV. Déterminants et conditions de développement

1. *Liés aux caractéristiques des mutuelles*

La faiblesse de la taille des populations couvertes ne permet pas encore de générer des ressources pouvant avoir une contribution significative dans l'amélioration de la qualité des services des organisations de prestations de soins. **Les potentialités des mutuelles à contribuer à l'accessibilité financière et à l'équité dans le système de santé dépendront de la part de la population qui sera couverte et des niveaux et mécanismes de contribution mis en place par les mutuelles.**

Pour ce qui concerne les prestations, au démarrage du mouvement, les initiatives ont privilégié l'hospitalisation, dernier échelon de la pyramide sanitaire. Là également, on note la marque des premiers promoteurs de la mutualité : l'hôpital Saint Jean de Dieu au Sénégal, CIDR au Bénin, UTM au Mali. Les petits risques, tels que les consultations ou la pharmacie qui sont de plus en plus accessibles n'ont fait leur entrée dans le paquet des prestations que vers les années 2000. Les centres de santé et des médicaments génériques se positionnent ainsi comme des outils permettant un accès au premier niveau, pour des prestations pour lesquelles le recours est plus important que l'hospitalisation. On remarque ainsi une meilleure visibilité de la mutualité. Même si ce niveau peut être dans certains cas pris par l'épargne familiale, la solidarité ou l'entraide traditionnelle, leur prise en charge (surtout pour des taux intéressants) par la mutuelle augmente le taux de satisfaction envers l'organisation.

2. *Liés à l'organisation mutualiste*

La transparence de la gestion et la démocratie interne sont aussi des déterminants importants pour les membres. Les acteurs ont reconnu que les aspects techniques à eux seuls ne garantissent pas la réussite des initiatives mutualistes car ces dernières sont des organisations qui se basent sur la participation sociale. La participation sociale est la mesure dans laquelle les parties prenantes jouent leur rôle dans la création, la promotion, et le développement des mutuelles. **La notion de participation va au-delà de l'inscription dans la mutuelle, le paiement des cotisations, et le respect de ses règlements et doit mener à l'appropriation de la mutuelle par ses membres.** Elle se concrétise ainsi au travers des instances de gestion et de décisions des mutuelles de santé.

Ces instances de décision et de gestion ont parfois du mal à fonctionner car elles exigent aux personnes élus ou responsabilisées pour ces tâches une forte implication. De même, les membres doivent être en permanence incités à participer à la vie de la mutuelle. Pour cela, des informations doivent leur être transmises et des mécanismes de participation institués pour que la participation puisse permettre aux membres de pouvoir, en connaissance de cause, participer aux décisions et aux grandes orientations de la mutuelle.

Sans une forte participation sociale, la mutuelle risque de ne pas pouvoir répondre aux besoins des membres et opérer une adaptation de ses caractéristiques. Elle risque de voir disparaître des membres sans savoir pourquoi. Elle risque aussi de voir des fonctions de la mutuelle non remplies (gestion, administration quotidienne, etc.). La sensibilisation des

membres et des populations doit donc être assurée de manière continue afin de renforcer la participation des membres, de les fidéliser et de faire adhérer de nouvelles personnes.

3. *Liés à l'environnement et au partenariat*

a. Réseaux et mise en réseaux

Les réseaux de mutuelles évoluent positivement dans le sens d'une plus grande prise en charge de questions d'intérêt commun. La perspective de mettre en place des réseaux partageant les mêmes caractéristiques est intéressante. Elle peut **faciliter le passage à l'échelle, réaliser des économies d'échelle** non négligeables dans un contexte de raréfaction des dispositifs externes d'appui, **faciliter la comparaison des données**, etc. Cependant, la question est d'apprécier le bon moment pour créer de tels réseaux. La mise en place précoce suscite de nombreuses difficultés liées à la maturité des mutuelles, surtout si elles doivent accéder à des fonds communs. Par contre, trop tarder pose également des problèmes en terme de cohérence entre les mutuelles membres, de visibilité et de compréhension du processus de partage de caractéristiques communs et d'autonomisation. La mise en réseaux est un objectif urgent de la structuration du mouvement, du fait que ces derniers peuvent valablement offrir une perspective d'autonomisation sur le plan technique.

b. Rôle des structures d'appui

Plusieurs organisations appuient le développement des mutuelles de santé. L'intérêt de cet appui est justifié par d'une part, le développement des systèmes mutualistes et d'autre part par le fait que les mutuelles constituent de nos jours une alternative intéressante d'accès à des soins de santé pour les populations vulnérables qui constituent la cible de la plupart de ces organisations. Elles se regroupent dans ce qu'on appelle globalement les structures d'appui.

La typologie des structures d'appui aux mutuelles de santé au Sénégal est assez composite. On y retrouve les agences de coopération bi/multilatérale, les ONG nationales et internationales et les réseaux (association, fédération) nationale. Ces SA sont nombreuses dans le paysage des mutuelles. Elles interviennent soit par le biais d'actions directes sur le terrain, soit, quand elles ont des mandats très larges qui vont au-delà de l'appui exclusif au développement des mutuelles de santé, par d'autres programmes avec qui ils ont des relations de partenariat pour les activités de terrain.

Ces organismes offrent principalement un appui technique aux mutuelles, et concerne la réalisation des études de faisabilité, le conseil et la formation, la sensibilisation, la production de document de gestion, l'accompagnement dans les relations avec les prestataires (élaboration/adaptation de textes réglementaires, de convention, ...). **L'objectif de l'appui technique est d'assurer à long terme une autonomie aux mutuelles appuyées.** Au Sénégal par exemple, environ 115 mutuelles de santé reçoivent un accompagnement de la part des structures d'appui. Au Mali, la fonction de l'UTM confère aux mutuelles un privilège dans l'appui de proximité.

Par contre, très peu de structures d'appui interviennent directement dans le domaine financier. L'appui y est très minime, voire insignifiant, de même que l'appui institutionnel (comme pour le fonctionnement, par exemple siège, déplacement, fourniture, équipement, etc.) qui est pourtant un besoin fortement ressenti.

Enfin, les SA assurent un suivi technique des mutuelles, pour la production des outils de gestion et leur tenu correcte, un suivi institutionnel pour la rédaction des rapports d'activité,

l'organisation de tournées, rencontres de coordination, l'élaboration de dossier de partenariat avec les prestataires de soins, l'élaboration de budgets, etc. Le suivi financier se résume principalement à la vérification des documents comptables. Il se réalise à l'aide de tableau de bord et de fiches mensuelles. En fin d'exercice, la présentation des résultats à l'AG se fait souvent en préparation avec la SA.

c. Rôle de l'État

Globalement, on peut lire l'intervention de l'État dans la vie des mutuelles en **trois phases** : d'abord l'État (dans presque tous les pays) a juste constaté la naissance et le développement d'un mouvement communautaire. Il est alors resté dans l'expectative, ne sachant quelle action il peut prendre. Jusque très récemment, son action a été très timide, voir inexistant. Dans une deuxième phase, l'État a été agressé de partout pour son rôle attentiste et en 2000, les organisations mutualistes elles-mêmes lui demande de s'impliquer juste en respectant la *plateforme d'Abidjan sur les stratégies d'appui aux mutuelles*. Mais ce rôle, mal interprété, a conduit à des actions de terrain, notamment au Sénégal. Enfin, depuis 2003, l'État aborde une phase de ressaisissement par l'adoption d'une démarche de planification stratégique et des actions en faveur de la création d'un environnement incitatif et ce, en collaboration avec les acteurs de terrain.

La relation de l'Etat avec l'assurance maladie communautaire est un sujet qui n'est toujours pas tranché. Les acteurs et structures d'appui au développement eux-mêmes sont divisés dans le rôle dévolu à l'Etat. Pour certains, l'Etat, dans le processus de développement des mutuelles est un acteur important, voire fondamental. Ils voient en son absence une forme de lacune dans la lecture des mutations sociales alors qu'il peut prendre des initiatives et être en quelque sorte le *promoteur* du système ou d'un organisme qui en sera le support.

Pour d'autres, lorsque l'Etat s'investit dans la promotion et le montage des mutuelles, il tient un rôle qui revient en principe à des personnes issues de la société civile. Ce faisant, il n'encourage pas et risque de réduire la motivation des personnes non désignées à participer au mouvement. La disposition à cotiser des populations est rarement accrue par la présence de fonctionnaires au niveau de la promotion et de la création des mutuelles.

De toute façon, l'Etat a en général un droit de regard global sur les mutuelles. Ce droit se confirme dans le cadre de l'existence de dispositifs réglementaires. Dans ce cas, la tutelle de l'Etat peut néanmoins être plus ou moins étendue : vérifier à priori la conformité de la configuration et du fonctionnement et sa viabilité et que les engagements pris à l'égard des assurés sont tenus et que la gestion est conforme aux normes légales (procédures de règlement du contentieux et de contrôle a posteriori). C'est peut-être ce dernier rôle que les acteurs ont longtemps redouté dans la phase de maturation du mouvement sous divers prétextes plus ou moins compréhensibles.

Le **cadre législatif et réglementaire** est un élément essentiel où le mouvement attend l'action de l'Etat. Il fixe les droits et obligations des parties prenantes, intervenant ainsi pour garantir les clauses contractuelles. En outre, la promulgation de textes juridiques est en soi un élément de promotion. Au Mali, nous avons vu que le cadre mis en place par l'Etat (création de l'agence de développement de la mutualité et promulgation de textes législatifs) a été l'expression claire d'une incitation à développer des mutuelles de santé.

L'Etat a aussi la possibilité de **fournir des ressources économiques au système**. La démarche la plus directe consiste à subventionner divers investissements qui vont faciliter la

mise en réseau par exemple. L'Etat peut soit adopter le principe d'une dotation permanente, mais il peut aussi envisager, dans l'objectif d'une pleine autonomisation, de ne fournir qu'une subvention de montage de certains types de mutuelles, notamment celles qui couvrent une large partie de la population (comme pour les agents de l'Etat, les ruraux, une filière agricole, les enseignants, etc.). En général, cette approche est utilisée pour répondre à une demande sociale très importante portée par les groupes sociaux comme les syndicats. L'Etat dispose là d'un moyen efficace de réponse à un besoin qu'il ne peut plus supporter tout seul et qui peut mettre en danger la cohésion sociale. Dans ce cas, le soutien peut aussi se présenter sous forme de fourniture de locaux gratuits et de personnel mis à disposition. Cette dernière forme est aussi souhaitable et possible pour les réseaux de mutuelles d'envergure plus modestes.

Enfin, l'action facilitatrice de l'Etat va s'exercer au niveau des relations entre les régimes et les prestataires de soins. En d'autres termes, **l'Etat peut jouer un rôle décisif dans le processus de contractualisation**. En 2002, l'Etat du Sénégal a distribué une lettre circulaire auprès de toutes les formations sanitaires leur demandant de faciliter leurs relations avec les mutuelles. Un an après, il a organisé une formation à l'intention des 11 équipes cadre de région – ECR (regroupant chacune le médecin chef de région, le superviseur des soins de santé primaires et le directeur de l'hôpital régional), les équipes cadres de district (ECD), l'ordre des pharmaciens et les représentants de mutuelles de santé. Les résultats de ces actions, bien que n'étant pas immédiats, ont permis un déclic dans les relations qui ont toujours été tendues.

L'Etat peut aussi établir une relation contractuelle avec les structures nationales d'appui (ONG et associations). Ceci est très souhaitable dans le contexte actuel du développement des mutuelles de santé. Mais presque dans tous les pays, le principal problème de l'Etat se situe dans la continuité des actions entreprises.

d. Les prestataires : contractualisation et qualité des soins

Les relations des mutuelles avec les prestataires de soins revêtent deux formes : l'implication des structures sanitaires dans la création et l'implantation de mutuelles de santé ou la signature de conventions entre les différentes mutuelles et les structures sanitaires.

Les prestataires de soins comme promoteurs de mutuelles de santé est une approche fortement décrite par les acteurs ; du moins dans sa forme où le prestataire joue un rôle dans la gestion. En effet, il est difficile de concevoir cette symbiose, étant donné que les mutuelles ont un objectif de défense des intérêts de leurs assurés et qu'elles ont des conventions avec les prestataires. Ces conventions comportent des clauses liées à la qualité des soins, l'accueil, le mode de paiement, etc., toutes choses que le prestataire considère comme non partageables.

Par ailleurs, « le développement des mutuelles impose aux établissements publics de santé de mettre en place des dispositifs pour faciliter les relations avec ce nouveau type de client. Il s'agit certes d'une opportunité qui augmente la solvabilité des clients mais qui nécessite également que l'hôpital prenne mieux en charge les questions liées à la qualité des soins pour la satisfaction des mutualistes ». (*Document de politique de la contractualisation–Sénégal 2004*).

Concernant la qualité des soins, les populations sont prêtes à payer pour des services de meilleure qualité. Plusieurs études, aussi de faisabilité de mutuelles de santé, ont démontré que parmi les déterminants du choix des prestataires, les raisons financières occupent les dernières places (Kelley A. 2003) tandis que les aspects liés à la qualité des services sont souvent cités. Cependant, les prestataires n'ont pas l'habitude de discuter avec les patients,

considérant que ces derniers n'ont pas la compétence technique pour parler de la qualité des soins dispensés, ni la légitimité pour avoir un regard dans la gestion de la structure. Une meilleure collaboration est donc souhaitable pour l'amélioration de la qualité des soins.

Cependant, la collaboration des prestataires avec les mutuelles ne s'arrête pas à l'offre de soins curatifs ou à la contractualisation. Les prestataires peuvent jouer des rôles très forts aux côtés des mutuelles en encourageant la contribution de ces dernières à l'effort de santé, en s'engageant à leur côté dans les domaines notamment préventifs et d'accompagnement. Précisément, les prestataires peuvent servir de conseillers au niveau du CA, initier ou participer à des séances d'information/sensibilisation programmées par la mutuelle, former des animateurs relais, intégrer le thème de la mutualité dans les programmes IEC menés par les structures sanitaires, aider les gérants dans la maîtrise des coûts (rationalisation des prescriptions), aider au démarrage de l'initiative, faciliter l'accès aux statistiques nécessaires à l'étude de faisabilité, etc. De telles pratiques de promotion de la mutualité par les prestataires, cependant, ne sont pas systématiques en raison des fossés de compréhension parmi les prestataires sur le rôle que les mutuelles de santé jouent dans la promotion sanitaire.

e. Partenariat pour la prise en charge de groupes extrêmement démunis

Les mutuelles prennent parfois en charge des personnes qui ne sont ni cotisantes, ni ayants-droit. On a ici une mesure de la solidarité externe des mutuelles, puisque les personnes qui bénéficient de la prise en charge sans contribution sont des personnes désignées comme pauvres ou indigentes. L'expérience ci-dessous illustre une stratégie.

Les retraités et la prise en charge des indigents

La mutuelle de santé FAGGU des retraités de l'IPRES (l'Institut de Prévoyance retraite) est mise en place au Sénégal, dans la région de Thiès, pour répondre aux besoins de personnes âgées en matière de prise en charge des soins de santé. Suite au constat que les réserves financières initiales (réalisées pendant la période d'observation) ont plus que décuplé, le Conseil d'administration de la mutuelle a envisagé un investissement à caractère social. C'est ainsi qu'après analyse de la situation, deux axes d'intervention ont été retenus :

- La prise en charge par la mutuelle de 50% du coût des actes chirurgicaux, sans contre partie de la révision à la hausse du taux de cotisation et le remboursement à hauteur de 50% des consultations sociales.
- Le parrainage par la mutuelle des indigents de manière à les libérer du versement de la cotisation tout en leur permettant l'accès à des soins de qualité au même titre que les membres cotisants de la mutuelle.

Pour la prise en charge des indigents, la mutuelle a retenu de mettre en place un fonds social qui serait alimenté par un prélèvement de 50% des droits d'adhésion perçus et le produit des placements en banque. 3 catégories de personnes peuvent bénéficier des services de ce fonds:

- Les retraités dont la durée pour laquelle les employeurs ont versé les cotisations était réduite au point que les allocations de retraités étaient trop basses ;
- Les veuves qui percevaient dans le meilleur des cas que la moitié de l'allocation de leur défunt mari, cette même allocation étant partagée entre 2 à 3 veuves relativement à la polygamie.
- Les orphelins.

Pour identifier les indigents, la mutuelle a sollicité la collaboration de l'Agence Régionale de l'IPRES. Cette initiative développée par la mutuelle FAGGU constitue certes un pas dans la recherche de solution alternative à l'exclusion des indigents. Pour la renforcer, un système de parrainage est en cours d'élaboration et pourrait intéresser l'IPRES pour la centaine d'allocataires de faible revenu, les communes, les Entreprises et Sociétés dont les retraités adhèrent à la mutuelle FAGGU et disposant des sources sociales, la Fédération internationale des personnes âgées (FIAPA).

V. Conclusion : des pistes à explorer pour le renforcement des connaissances

1. *Diffuser les expériences prometteuses*

Le développement des mutuelles de santé constitue en soi un des objectifs pour lutter contre la pauvreté et l'accès aux soins est nécessaire pour permettre une vie plus harmonieuse dans les sociétés. Il vise à réduire de façon visible et significative les problèmes liés à l'accès aux soins de santé. Il est démontré qu'une mauvaise santé compromet la productivité. Dans les pays africains, les facteurs de risque en matière de santé et l'accès aux soins de santé se posent avec acuité et les sources de revenus sont limitées et le traitement de la maladie nécessite des moyens qui peuvent conduire les ménages à s'endetter, les entraînant dans le cercle vicieux de la pauvreté.

Par ailleurs, les mutuelles de santé **contribuent réellement à la viabilité des structures sanitaires**. Elles offrent des arrangements avantageux pour les patients et agents de santé et compatibles avec l'intérêt public. Au-delà de la seule motivation financière, les prestataires ont un intérêt certain à s'engager dans un partenariat avec les mutuelles. Une mutuelle peut en effet contribuer à des revenus plus stables pour les prestataires avec, en conséquence, moins de factures impayées. **Les mutuelles constituent un instrument pour rationaliser l'offre de soins et promouvoir un fonctionnement intégré du système de santé local.**

Pour renforcer le mouvement mutualiste en Afrique, certaines tendances sont à maintenir et à renforcer. Celles-ci incluent par exemple, la collaboration avec les IMF, le micro-crédit, la mise en réseau, et la construction de plans stratégiques. Pour ce faire, l'appui au mouvement doit s'inscrire dans la durée, tel que prôné par la « Plate-forme d'Abidjan sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé ». Il est important cependant que cet appui respecte le rythme de développement du mouvement mutualiste. Il faut également éviter de faire de la mutualité un champ d'expérimentation pour « développeurs » et universitaires, car l'application de leurs idées ne concourt pas toujours à améliorer l'existence des mutuelles. L'assistance technique danse parfois plus vite que la maîtrise du processus ne le permet.

Les mutuelles peuvent renforcer les activités de promotion de la santé qui représentent une occasion de montrer les avantages de la mutuelle pour ses bénéficiaires. Nous avons vu que la qualité des soins est un élément déterminant dans la décision de fréquentation des structures. Lorsque la mutuelle établie une relation contractuelle avec les structures sanitaires, elle peut veiller à la qualité des soins en partenariat avec ces structures (développement de programmes d'amélioration de la qualité de services).

Des innovations sont apportées, notamment dans la mise en réseau. Un réseau peut couvrir différentes dimensions. Certaines mutuelles ont des ambitions de couverture d'aires de santé ou administratives tels une collectivité rurale, un département, un arrondissement, etc. Pour ne pas perdre la dynamique communautaire et le ciment social, une organisation en zone est privilégiée, chaque zone vivant comme une entité autonome. Par la même occasion, le problème de la couverture limitée des bénéficiaires est résolu, de même que celle des soins de 2^{ième} niveau souvent trop lourdes pour les mutuelles prises individuellement.

2. *Développer la recherche*

Tout bon programme de promotion de la santé englobe un agenda de recherche exhaustif concernant la cible, le renforcement des compétences et son impact attendu et réel, le développement de politiques bien construites et de manière concertée avec les différents acteurs, la mobilisation communautaire et les changements organisationnels, économiques, et environnementaux. La recherche dans le domaine des mutuelles de santé considère les perspectives individuelles, interpersonnelles, institutionnelles, communautaires et politiques. Il n'existe pas de cloison entre les perspectives, chacune influençant l'autre.

- Dans la perspective individuelle, les caractéristiques des membres et bénéficiaires influencent les comportements et les croyances (perception de la maladie).
- Les facteurs interpersonnels mettent en relation les membres d'un même groupe.
- La perspective institutionnelle s'intéresse au fonctionnement de l'organisation et les règles qui la régissent.
- La dimension communautaire étudie les réseaux sociaux qui peuvent servir de support aux initiatives mutualistes.
- Les facteurs politiques définissent les conditions de développement du mouvement en rapport avec les objectifs des cadres globaux (plan stratégiques, politique sanitaire, objectifs du millénaire, documents de réduction de la pauvreté, etc.).

La recherche devrait permettre de maîtriser le passage à l'échelle. Après un constat de la faiblesse de la taille des mutuelles qui ont réussi, on est tenté de tout de suite ouvrir les vannes. Cependant, il n'est pas évident que l'échelle soit toujours la solution. Des problèmes liés à la taille peuvent survenir, comme la sélection adverse, la baisse du contrôle social, etc. On se trouve alors devant un dilemme : faut-il augmenter le nombre de membres des mutuelles de petite taille ou faut-il multiplier le nombre de mutuelles en espérant une fusion ou des regroupement quand certains paramètres seront maîtrisés ?

La production de l'information reste une faiblesse du système de gestion des mutuelles de santé. La participation communautaire au système de santé deviendra dans les prochaines années le point essentiel de base pour la réforme de la santé. Il est important que certaines questions soient déjà soulevées, entre autres :

- Comment des mécanismes alternatifs de financement communautaire basés sur le paiement anticipé et la mise en commun des risques contribuent effectivement à l'amélioration de l'accessibilité financière des soins de santé ?
- Qu'est ce qui explique la faible taille des mutuelles de santé ?
- Les faibles taux de recouvrement des cotisations sont-ils liés aux politiques de cotisations (périodicité, familiale, individuelle, etc.), à l'administration de la collecte des cotisations, ou à la volonté ou la capacité de prépayer des adhérents ?
- Quels sont les mécanismes de formation des réserves dans les mutuelles de santé ?
- Comment constituer des fonds de garantie performants ?
- Quel est l'impact des mécanismes de tarification des prestations et de remboursement des prestataires sur les performances financières des mutuelles de santé ?
- Est-ce que la fragmentation des taux de prise en charge ne limite pas l'impact de la mutuelle en terme de communication ?
- Comment bâtir une structuration du mouvement basée sur une spécificité africaine en sauvegardant les normes assurancielles ?

L'étude de faisabilité devrait permettre de prévenir la plupart de ces questions. Cependant c'est un exercice difficile pour lequel les compétences existent rarement au sein des

mutuelles. C'est aussi une activité coûteuse. Une tendance s'est amorcée avec les études génériques, celles qui couvrent toute une région. Au Sénégal, deux ont été produites par le GRAIM pour la région de Thiès et EPOS/PROMUSAF pour la région de Diourbel. Ces études qui couvrent les aspects partagés par plusieurs zones géographiques permettent de minimiser les coûts d'études spécifiques.

3. *Gérer les risques majeurs*

Comme tout mouvement émergent, la mutualité rencontre certaines difficultés à divers niveaux qui constituent des défis. Les risques majeurs tels la sélection adverse (qui survient lorsque plusieurs personnes présentant un risque élevé de maladie s'inscrivent à la mutuelle, et lorsque inversement, les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier), le risque moral (quand le membre ou les personnes à sa charge ont tendance à consommer plus que normal les services de manière à rentabiliser au maximum les cotisations), les fraudes et abus, la surprescription et les cas catastrophiques sont certes des risques auxquels sont exposées notamment les mutuelles de petites tailles et qui peuvent compromettre la viabilité financière par un niveau de dépenses trop élevé.

Le renforcement des mesures de prévention des risques majeurs est à inscrire dans l'agenda des mutuelles. Cependant, la combinaison de ces mesures avec l'objectif de service que la mutuelle doit assurer est un défi. Par exemple, comment maintenir la période d'attente (aussi appelée stage ou période d'observation et qui va de 3 à 6 mois) sans décourager les nouveaux adhérents ? Le ticket modérateur qui est un montant à payer directement au prestataire par le bénéficiaire ou franchise ou la référence obligatoire sont certes des solutions qui ont fait leurs preuves, mais peuvent aussi ralentir le recours. Il en est de même pour la lettre de garantie qui est la stratégie la plus opérationnelle à la portée des mutuelles.

Les mutuelles essaient tant bien que mal, si elles n'ont pas les moyens de s'offrir les services d'un médecin conseil, de disposer d'un protocole de traitement et d'obliger les prestataires à prescrire par exemple uniquement les médicaments sous leur forme générique. Mais cette stratégie crée beaucoup de tensions au sein des mutuelles quand certains membres se voient refuser le remboursement des ordonnances en spécialité. Pourtant, la question du médicament est une question majeure en Afrique, au regard de la disponibilité, de la qualité, du circuit de distribution, de la fiabilité, etc. Les mutuelles, en partenariat avec les prestataires ont un rôle à jouer dans ce domaine.

Enfin, la constitution de réserves permet de faire face au risque de cas catastrophiques. Dans le cadre de leurs réseaux, les mutuelles étudient de plus en plus les modalités de mise en place de fonds de garantie (qui a vocation à intervenir sous forme d'avance remboursable en cas de difficulté de trésorerie) ou de système de réassurance (mise en commun de ressources inter-mutualistes pour la prise en charge de prestations lourdes que les petites mutuelles ne sont pas en mesure de supporter). Cette tendance est à encourager et fortifier.

4. *Professionnaliser la gestion*

Les frais de gestion sont généralement fixés à 10% des recettes de la mutuelle. Pour les mutuelles de petite taille, il s'avère hasardeux d'indemniser un personnel permanent. Seule une augmentation du nombre de bénéficiaires pourra leur permettre cette charge. Or, la plupart des mutuelles ont une faible réserve financière.

Les capacités de gestion des responsables mutualistes sont encore faibles. Ce sont surtout des bénévoles (membres élus ou désignés) qui assurent la gestion quotidienne. Ceci

est positif dans le sens où, les bénéficiaires étant propriétaires du système, ils auront tendance à toujours vouloir satisfaire leurs besoins tout en préservant l'équilibre financier et organisationnel. Tant que la mutuelle reste de petite taille, cette fonction peut être assurée par une disponibilité bénévole. Cependant cette dernière ne garantit pas la viabilité organisationnelle. En effet, on constate que le bénévolat a de nombreuses limites, car les responsables sont pris par leurs activités professionnelles ou se démotivent devant l'ampleur et parfois la difficulté ou complexité de la tâche (gestion administrative et financière, sensibilisation et recrutement de nouveaux membres, relations avec les prestataires, etc.).

Une disposition transitoire est de développer, pour les mutuelles de petite taille évoluant dans une même aire géographique, des **services communs de gestion**. Aussi, l'organisation en zone peut être une stratégie concluante de décentralisation de la gestion pour alléger la charge et la répartir entre plusieurs gérants. Les réseaux de mutuelles comme l'Union des mutuelles de Dakar, celle de Guinée forestière et l'UTM au Mali peuvent diffuser leurs expériences.

D'ailleurs l'UTM pourrait se positionner en institut de formation d'acteurs de la mutualité au niveau africain, en offrant des formations de haut niveau et dans tous les domaines de l'assurance maladie, avec des stages et application sur le terrain. Cette idée manque dans la sous-région et certains partenaires initient des formations soit dans les pays européens, loin des réalités de terrain, soit en partenariat avec des écoles et institutions supérieures où les véritables bénéficiaires n'ont pas accès.

5. Améliorer la communication

Les mutuelles sont une forme d'organisation relativement nouvelle dans la configuration actuelle et viennent à complément à la solidarité traditionnelle africaine. Cette dernière est reconnue mais n'est pas organisée. Les mutuelles évoluent dans un environnement qui les met en contact permanent avec d'autres acteurs qui constituent des partenaires : ceux qui fournissent les services et ceux qui accompagnent le développement. La communication joue un rôle très important dans les pratiques quotidiennes et les actions communautaires dans le but d'apporter des réponses à un besoin. Dans ce contexte, elle est réalisée dans une convention et un contexte social qui régule son contenu et détermine la priorité des enjeux. Les connaissances et l'information sont des facteurs essentiels pour permettre aux populations de saisir au mieux les opportunités et enjeux liés à la santé.

Le marketing social par les mutuelles rurales constitue une activité à promouvoir. **En effet, l'insuffisance d'information sur la mutualité et son fonctionnement fait que leurs réalisations sont méconnues.** Or la communication peut corriger cette lacune et stimuler les bénéficiaires.

Par ailleurs, la démission des membres est aussi imputable à une insatisfaction. L'accord entre les mutuelles pour la continuité des soins peut prévoir des mécanismes de compensation entre les mutuelles dans le cadre de la prise en charge des mutualistes dans les structures sanitaires d'une même aire géographique.

6. Assurer la viabilité des mutuelles

Il semble urgent de voir dans quelle mesure un mouvement communautaire peut être pérennisé dans un contexte de pauvreté. En effet, les organisations mutualistes butent sur la viabilité à long terme du fait du transfert lent des compétences leur permettant d'assurer une gestion continue. La viabilité peut être regardée sous les angles institutionnels et financiers.

La participation communautaire pour assurer une appropriation de l'organisation et le renforcement des capacités des responsables de mutuelles à travers la formation sont les principales stratégies pour contribuer à la viabilité des organisations mutualistes.

Dans le cadre de l'amélioration des revenus des populations, des stratégies sont mises en œuvre. Le développement d'activités génératrices de revenus ou la recherche d'articulation entre les mutuelles de santé et les institutions de micro finance (IMF) constituent les stratégies les plus expérimentées, même si l'impact n'est pas encore entièrement documenté.

Une autre piste est la mise en place de fonds de garanties, tout comme la question de la cotisation est encore à explorer. Dans la plupart des cas, les prestations prises en charge sont payées sur la base des cotisations des membres et non sur des subventions extérieures. Ceci est positif, car cela montre que ces systèmes se construisent dès le départ dans un souci d'autonomie financière. Cependant, dans les contextes de pauvreté, les capacités contributives des membres sont faibles. On rapporte parfois le faible taux de recouvrement des cotisations un peu abusivement à la situation de pauvreté alors qu'aucune étude n'a mentionné le seuil au-dessous duquel les usagers ne peuvent plus payer. Certes, les études de faisabilité réalisées avant la mise en place de l'initiative mutualiste donnent cette information. Cependant, elles ne vont pas dans le détail de ce déterminant en mettant par exemple un point sur les raisons qui pourraient amener les adhérents potentiels à ne plus honorer leurs engagements.

7. *Miser sur les structures nationales d'appui*

Les structures nationales d'appui, opérateurs privés et/ou non gouvernementaux de développement (ONG locales, associations, petits bureaux d'étude privés,...) se sont multipliés dans le paysage mutualiste. Au départ, certaines avaient d'autres actions de promotion de la santé ou autres appuis au secteur rural et/ou informel. Amenées à travailler sur des champs variés pour répondre aux demandes qui leur sont faites, elles manquent souvent de références concrètes pour développer de nouvelles compétences thématiques. Elles se sont professionnalisées progressivement, au fur et à mesure qu'elles acquièrent une expérience pratique dans le domaine des mutuelles de santé.

Jusqu'à récemment, les structures d'appui sont restées dispersées et isolées. Dans une phase de développement du mouvement mutualiste, renforcer les capacités de ces organismes d'appui aux mutuelles est plus que jamais nécessaire. En effet, en raison du faible taux d'alphabétisation et de scolarisation, il est souvent difficile de trouver au sein des communautés des personnes disposées à exercer des fonctions de gestion et ayant les compétences requises pour le faire.

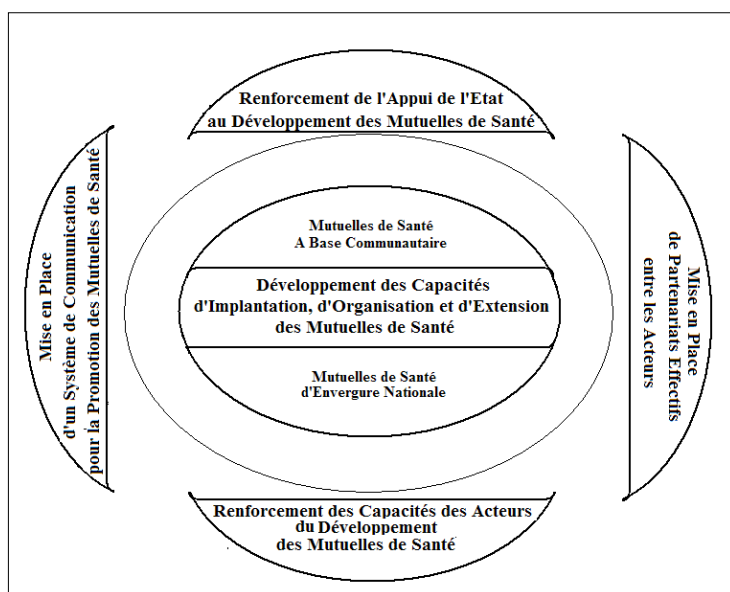
La demande d'appui est encore très forte et la capacité de réponse des structures d'appui réduite ou limitée. Il faut d'une part que les structures d'appui développent en leur sein des capacités de réponse pour prendre en charge les attentes des mutuelles et d'autre part renforcent la mise en place de structures nationales capables de perpétuer l'appui et aussi et surtout arrivent à faire les choses ensemble ou en concertation. Dans le premier cas, les structures nationales d'appui constituent des relais importants sur lesquels il faudra compter et miser en les dotant de toutes les compétences nécessaires, aux côtés des réseaux de mutuelles. Dans le deuxième cas, la dynamique intéressante développée par les cadres nationaux de concertation est à promouvoir et même à diffuser à plus large échelle.

8. *Construire des plans stratégiques et passer à l'échelle*

Les questions et problèmes posés ont évolués au cours du développement des mutuelles de santé. Initialement, il s'agissait de savoir comment faire pour monter une mutuelle et aujourd'hui, comment assurer la structuration, améliorer les relations avec les autres acteurs du système, consolider et intégrer la mutualité dans les nouveaux guides et plan d'actions. Cette évolution est l'expression non seulement d'une vision plus systémique – indispensable - mais aussi un indicateur d'une maturation certaine du mouvement mutualiste.

Depuis 2004, et suite à la présentation de l'expérience du Sénégal au Forum de Bamako de la Concertation, plusieurs pays ont opté pour la création d'un plan stratégique pour le développement des mutuelles. Ce processus provient d'un besoin ressenti par le Ministère de la santé (ou le Ministère de tutelle), mais aussi par les parties prenantes et les partenaires, de disposer d'un cadre de référence et de coordination des interventions pour maximiser la portée des actions. Le processus réunit l'ensemble des acteurs pour arriver à un consensus sur le plan stratégique qui établit une vision partagée du développement des MS, et permet une meilleure coordination, capitalisation, et extension des mutuelles dans un pays.

Dans le cas du Sénégal, le développement du plan stratégique a mené à l'inscription de la promotion des MS dans les actions prioritaires de la deuxième phase du PNDS (Plan national du développement sanitaire et social) et de la nouvelle stratégie nationale de protection social de la DRSP (Document stratégique de réduction de la pauvreté). Le processus et les axes stratégiques du plan sont illustrés dans les schémas ci-dessous.



**Axes d'intervention du Plan
Stratégique pour le
Développement des Mutuelles de
Santé**

Par ailleurs, la décentralisation constitue une nouvelle opportunité pour le développement des mutuelles et pour leur permettre d'augmenter leur base sociale (*membership*). Elle consiste à la dévolution aux populations des pouvoirs de décision et de gestion de leurs problèmes et donc elle permet de mobiliser des énergies à la base pour le développement des territoires. Aussi, les collectivités locales bénéficient des transferts de fonds de la part de l'État, des fiscalités (impôt, taxes, etc.) et de ressources externes fruits de la coopération (dons ou legs) et la décentralisation prévoit qu'elles prennent en charge au moins les soins de santé primaires.

Ainsi, dans ce contexte, la décentralisation permet de dépasser le cadre d'actions isolées de mutualisation et inscrire les actions dans des plans de développement à moyen et long terme.

Deux autres éléments peuvent contribuer au passage à l'échelle. Il s'agit des filières professionnelles (mutuelles et filières) et la continuité géographique. Ce dernier élément participera à une meilleure intégration des pays africains par la santé (mutuelles transfrontalières). ●